

Травма и исцеление

ДЖУДИТ ГЕРМАН

психоаналитик, психиатр

Травма и исцеление

Последствия насилия—
от абьюза до политического террора

 **БОМБОРА**
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Москва 2022

УДК 159.964
ББК 88.6
Г38

Judith L. Herman
TRAUMA AND RECOVERY:
The Aftermath of Violence — From Domestic Abuse to Political Terror

Copyright © 1992, 1997 by Basic Books.

This edition published by arrangement with Basic Books, an imprint of Perseus Books, LLC, a subsidiary of Hachette Book Group Inc., New York, New York, USA. All rights reserved (in Russian in every copy of the published Work)

Научная редакция *Екатерина Жорняк*
Психолог, семейный терапевт, член Общества семейных терапевтов
и консультантов, нарративный консультант, супервизор,
автор и ведущая программ обучения нарративной терапии,
соосновательница Центра нарративной психологии и практики,
при информационной, этической и лингвистической
поддержке которого издана эта книга

Герман, Джудит.

Г38 Травма и исцеление. Последствия насилия от абьюза до политического террора / Джудит Герман ; [перевод с английского]. — Москва : Эксмо, 2022. — 400 с. — (Травма и исцеление. Истории психотерапевтов).

ISBN 978-5-04-114201-8

«Травма и исцеление» — это основополагающий текст о понимании людей, переживших психологическую травму. Помещая индивидуальный опыт в более широкие политические рамки, психиатр из Гарварда Джудит Герман утверждает, что психологическая травма неотделима от ее социального и политического контекста. Опираясь на свое собственное исследование насилия над детьми, а также обширную литературу о ветеранах боевых действий и жертвах политического террора, она показывает удивительные параллели между частными ужасами, такими как жестокое обращение с детьми, и общественными ужасами, такими как война.

УДК 159.964
ББК 88.6

ISBN 978-5-04-114201-8

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2022

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Предисловие научного редактора</i>	7
<i>Благодарности</i>	11
<i>Вступление</i>	14

Часть I ТРАВМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

<i>Глава 1. ЗАБЫТАЯ ИСТОРИЯ</i>	21
Героическая эпоха истерии	24
Травматические неврозы военного времени	36
Боевой невроз войны полов	46
<i>Глава 2. УЖАС</i>	52
Перевозбуждение	55
Интрюзия	56
Избегание	63
Диалектика травмы	69
<i>Глава 3. РАЗРЫВ СВЯЗЕЙ</i>	74
Ущерб, нанесенный «я»	75
Уязвимость и резильентность	81
Эффект социальной поддержки	86
Роль сообщества	96
<i>Глава 4. НЕВОЛЯ</i>	101
Психологическое доминирование	104
Полная капитуляция	111
Синдром хронической травмы	115
<i>Глава 5. НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ</i>	127
Насильственная среда	129
Двоемыслие	133
Двойное «я»	135
Посыгательства на тело	141
Повзрослевший ребенок	144

Глава 6. НОВЫЙ ДИАГНОЗ	150
Ошибочные ярлыки в диагностике	151
Необходимость новой концепции	154
Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство	157
Выжившие как психиатрические пациенты	158

Часть II

СТАДИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Глава 7. ЦЕЛИТЕЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ	169
Травматический перенос	173
Травматический контрперенос	178
Терапевтический контракт	187
Система поддержки терапевта	191
Глава 8. БЕЗОПАСНОСТЬ	195
Именованье проблемы	197
Восстановление контроля	200
Создание безопасной среды	203
Завершение первой стадии	215
Глава 9. ВСПОМИНАНИЕ И ОПЛАКИВАНИЕ	219
Реконструкция истории	220
Трансформация травматических воспоминаний	227
Оплакивание травматической утраты	234
Глава 10. ВОССТАНОВЛЕНИЕ СВЯЗЕЙ	244
Научиться бороться	245
Примирение с собой	251
Восстановление связей с другими людьми	254
Поиск миссии выживших	257
Освобождение от травмы и ее последствий	262
Глава 11. ОБЩНОСТЬ	265
Группы для обеспечения безопасности	270
Группы для вспоминания и оплакивания	273
Группы для восстановления связей	286
Послесловие. ДИАЛЕКТИКА ТРАВМЫ: ПРОДОЛЖЕНИЕ	291
Эпилог к изданию 2015 года	303
Примечания	336
Алфавитный указатель	379

ПРЕДИСЛОВИЕ НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

Книга Джудит Герман «Травма и исцеление» впервые вышла в 1992 году, а к этому, последнему на данный момент, изданию 2015 года добавлен новый эпилог автора, психиатра, феминистки, несколько десятилетий организовывающей и оказывающей психологическую помощь прежде всего женщинам, пережившим сексуальное, включая раннее детское, и домашнее насилие. На основе своей многолетней исследовательской и клинической практики Джудит Герман формулирует новый диагноз, «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство», позволяющий увидеть и понять взаимосвязи в, казалось, множественных и разрозненных страданиях людей, переживших длительный повторяющийся травмирующий опыт. Понимание разнообразных симптомов людей, которых преступники, военные, политические или домашние подвергли пленению и пыткам, на войне, в тюрьмах, лагерях или в своих домах, как выражения последствий этого опыта насилия — опыта, отрицающего все то, что вдохновляет жить, в котором им, тем не менее, удалось выжить, — позволяет снизить стигму, часто сопровождающую другие диагнозы, такие, например, как пограничное расстройство личности, и установить с пострадавшими и выжившими людьми отношения сотрудничества, опираясь на которые они постепенно возвращают себе авторство в своей жизни, воссоздают связи между отдельными элементами своей истории, превращают нарратив из травматического в живой, связанный с другими людьми и с обществом в целом, и снова начинают жить.

Джудит Герман исследует процесс осмысления обществом насилия и его последствий очень полно. Она показывает историю многократного открытия, описания и забвения феномена психологической травмы как цикличную и зависящую от социального и политического контекстов — чтобы какое-то насилие было распознано и названо, нужны социальные условия, поддерживающие этот процесс рефлексии, осознания и порождения изменений; необходимо политическое движение, такое как антивоенное, поставившее под сомнение «естественность» практики принесе-

ния молодых людей в жертву войне, или феминистское, бросающее вызов доминирующей идее нормальности подчиненного положения женщин. Также Джудит Герман описывает последствия травмирующего опыта для целых сообществ, оказавшихся вовлеченными в войну, или систематическое насилие управляющих ими диктаторов. Динамика отношений здесь сходна с тем, что происходит между абьюзерами и жертвами домашнего насилия; не отличаются и последствия — когда общества могут переживать диссоциацию и выраженные симптомы ПТСР и, так же как отдельные люди, нуждаться в исцелении.

В части книги, посвященной освобождению от последствий насилия, Джудит Герман подробно рассказывает о трехэтапной модели исцеления, включающей создание безопасности, реконструирование истории травмы — вспоминание и оплакивание — и восстановление связей между пострадавшими и их сообществом. В этой части также очень подробно и ясно рассказано, какие сложности и ошибки могут ждать терапевтов/помогающих специалистов, работающих с людьми, пережившими острую или длительную психологическую травму, и как профессионалы могут минимизировать влияние этих, во многом неизбежных, сложностей на свою работу и эффективность, а также как важно терапевтам, становящимся свидетелями часто невыразимых и невообразимых страданий и преступлений, обеспечить себе систему поддержки и заботы. Отдельное внимание уделяется особой ценности позиции сотрудничества и постоянного поддержания условий в терапии для воссоздания людьми, пережившими насилие, ощущения себя как главных авторов своих жизней.

Эта книга бесценна не только для людей, переживших или переживающих травмирующий опыт, и тех, кто оказывает им помощь в исцелении от его последствий, возвращении себе жизни и авторства в ней, но и вообще для всех, кто живет, являясь частью общества, где мы все связаны и в каждый момент неизбежно занимаем позицию, поддерживая либо процесс воспроизведения насилия, либо освобождения от него и его последствий для всех нас.

*Екатерина Жорняк,
Центр нарративной психологии и практики*

«Когда я только замышлял роман, то думал, что в нем безраздельно воцарятся мужчины: ведь это рассказ о любовном соперничестве, честолюбии, власти, покровительстве, предательстве, смерти, мести. Но, похоже, женщины и не думают сдаваться: единым строем надвинулись они с задворок повествования, требуют, чтоб я рассказал и их жизни со всем трагическим и комичным; и вот уже мое повествование обрастает всяческими подробностями, и вот оно уже преломляется под совершенно иным углом, точно смотришь сквозь призму с обратной стороны, и мой «мужской» роман приобретает «женские» черты. Сдается мне, что мои героини прекрасно знали, за что борются, — их истории во многом дополняют, объясняют, а то и раскрывают истории героев. Диктат — это смиренная рубашка без размера. В стране с жесткой моралью, где царит единообразие поведения (как в обществе, так и в постели), где женщина раздавлена бременем ложной чести и рабской зависимости, диктат множится и захватывает все новые позиции. Сами же диктаторы — по крайней мере на людях, выступая, так сказать, от имени народа, — скромные пуритане. И сходятся воедино в моем романе «мужская» и «женская» линии, сливаясь в одну».

Салман Рушди, «Стыд», 1983 г. (Пер. И. А. Багрова)

БЛАГОДАРНОСТИ

Эта книга обязана своим существованием движению за освобождение женщин. Ее главная движущая сила — коллективный феминистский проект пересмотра основных концепций нормального развития и патопсихологии как для мужчин, так и для женщин. Моими наставницами в этом большом проекте были Джин Бейкер Миллер, ее коллеги из Стоун-центра и моя мать, Хелен Блок Льюис. В основу книги легла повседневная практика, которая началась двадцать лет назад с формированием Медицинского объединения женского психического здоровья* в Сомервиле, штат Массачусетс. Этот коллектив по-прежнему является моим интеллектуальным домом, крепостью, в которой женские идеи могут обрести имя и быть оцененными по достоинству. Одна из членов этого коллектива, Эмили Шатзоу, — моя ближайшая соратница.

Семь лет назад мне повезло познакомиться с Мэри Харви из Кембриджской больницы; в результате нашего сотрудничества в стенах этой больницы родилась программа для жертв насилия** (ЖН), предназначенная для оказания помощи людям, которые пережили*** травму и находятся

* Women's Mental Health Collective. (Здесь и далее прим. науч. ред., если не указано другое.)

** Victims of Violence Program (VoV).

*** В оригинальном тексте «trauma survivor» — человек, переживший травмирующий опыт и выживший. Слово «жертва» описывает виктимизированную преступниками идентичность человека, которая конструируется во взаимодействии с ними в процессе акта или периода пленения и насилия, и поэтому это слово корректно использовать, когда описываются сами преступления или, иногда, — время сразу после них. Когда же мы говорим о людях, прошедших через недавний острый или множественный хронический травмирующий опыт и выживших, то важно лингвистически и смыслово поддержать конструирование идентичности выжившей или выжившего, которая отличается очень многим от идентичности жертвы, о чем подробно рассказано в этой книге. Мы также можем использовать в русском языке слово «пострадавшая/пострадавший», когда уместно подчеркнуть насильственный и мучительный характер опыта, а идентичность выжившей/выжившего только начинает конструироваться.

в психиатрическом отделении госпиталя. Ныне Мэри исполняет обязанности директора программы. Масштаб и ясность ее мысли расширяют и мое собственное мышление. Джанет Яссен из Бостонского кризисного центра для переживших сексуальное насилие была нашим с Эмили Шатзоу супервизором, когда мы начинали работу с группами женщин, переживших инцест. А не так давно она также стала сотрудницей специальной программы для жертв насилия. Эмили, Мэри и Джанет прилагают все усилия, чтобы не дать мне оторваться от женской реальности.

В последние семь лет я также имела честь работать в тесном контакте с двумя мужчинами, Бесселом ван дер Колком и Кристофером Дж. Перри, коллегами по факультету психиатрии Гарвардской медицинской школы. Мы с Бесселом на пару вели курсы по психологической травме и сотрудничали как авторы и исследователи. Он также оказывал помощь в создании Бостонской группы исследования травмы*, неформального семинара, который помогает налаживать контакты клиницистам и исследователям, работающим с беженцами, ветеранами войн и жертвами преступлений. Масштаб его творческих идей всегда вдохновлял меня; наши взгляды на гендерные проблемы часто приводили к оживленным дискуссиям. Поскольку мы оба наслаждаемся спорами не меньше, чем согласием, наше сотрудничество неизменно доставляет удовольствие обоим.

Крис Перри вдохновляет меня своей исследовательской щедростью и честностью. Будучи руководителем многолетнего исследования людей с расстройствами личности, поначалу он скептически относился к вопросу важности детской травмы, однако предоставил все имевшиеся в его распоряжении ресурсы для того, чтобы подвергнуть гипотезу психологической травмы строжайшей проверке. Хотя наше сотрудничество в начале казалось маловероятным, мы вместе развивались и оказывали влияние друг на друга самым неожиданным образом. Наше партнерство углубило и расширило мои взгляды.

Наконец, я в долгу перед многочисленными учениками, коллегами, пациентами и участниками исследований, которые поделились со мной своим личным опытом. Большинство из них я не могу поблагодарить, назвав их имена, из соображений конфиденциальности. Исключение составляют те, кто специально дал согласие на проведение бесед с целью сбора материала для этой книги: пережившие психологическую травму и выжившие Сохайла Абдулалли, Сара Бьюэл, Шэрон Саймон и Кен Смит, инструктор по самообороне Мелисса Соулт, психотерапевты Теренс Кин, Ширли Мур, Герберт Шпигель, Джессика Вулф и Пэт Циглер.

* Boston Area Trauma Group.

Основная работа для этой книги была проведена за год моей докторантуры в институте Мэри Ингрэм Бантинг Рэдклиффского колледжа при поддержке Мемориального фонда Джона Саймона Гутгенхайма. Бессел ван дер Колк, Сюзан Шехтер и Беннетт Саймон помогли критическими отзывами на первые черновики некоторых глав. Эмили Шатзоу и Сандра Батлер старательно вычитывали рукопись целиком. Их комментарии во многом помогли улучшить качество текста. В производстве книги мне повезло работать с двумя образцовыми примерами редакторской сдержанности и компетентности — Джо Энн Миллер и Вирджинией Лаплант. Джо Энн присматривала за процессом разработки этой книги, начиная с самой задумки, и легкими направляющими касаниями не давала ей сбиться с пути. Вирджиния сразу же понимала, как подчеркнуть важные моменты в тексте и придать ему окончательную форму.

Но больше всех я обязана своей семье. Мой муж, Джерри Берндт, понимал, что его ждет, когда я принималась за этот проект, поскольку ему уже довелось пережить мою первую книгу. Поскольку Джерри глубоко предан собственному художественному видению, он уважал и мое — возможно, даже в большей степени, чем я сама. Его моральная и интеллектуальная поддержка была непоколебима, а чувство юмора помогло нам обоим продержаться до конца.

Да, мне во многом повезло, и лишь одно мое желание осталось неисполненным. Я надеялась, что моя мать доживет до выхода этой книги в свет. Ее пронизательность, ее интеллектуальная дерзость и честность, ее сострадание к обездоленным и притесняемым, ее праведное негодование и политические взгляды — мое наследство. Эта книга посвящается ее памяти.

ВСТУПЛЕНИЕ

Обычная реакция на жестокие преступления — изгнание их из сознания. Есть такие нарушения общественного договора, которые слишком ужасны, чтобы говорить о них вслух: в этом и заключается смысл эпитета *невыразимые*.

Однако зверства не дают себя похоронить. Со стремлением отрицать их соперничает не менее сильная уверенность, что отрицание не поможет. В людской памяти полно призраков, которые отказываются упокоиться в своих могилах, пока их истории не будут обнародованы. Шила в мешке не утаишь. Помнить и рассказывать правду об ужасных событиях — это обязательное условие для восстановления общественного порядка в целом и исцеления отдельных пострадавших.

Конфликт между желанием отрицать чудовищные события и стремлением заявить о них вслух — центр диалектики психологической травмы. Люди, пережившие жестокое насилие, часто рассказывают свои истории крайне эмоционально, противоречиво и отрывочно, что подрывает доверие к ним и таким образом служит сразу двум требованиям — говорить правду и хранить тайну. Когда правда наконец добивается признания, пострадавшие могут начать восстановление. Но слишком часто требование секретности оказывается сильнее, и история о травмирующем событии всплывает на поверхность не как выраженный словами нарратив, а как симптом.

Симптомы психологического дистресса* у переживших травму людей одновременно и привлекают внимание к существованию невыразимой тайны, и уводят его в сторону от нее. Это наиболее ярко проявляется в том, как у тех, кто выжил, может происходить переключение между психическим онемением** и переживанием ужасного события заново.

* Дистресс — состояние страдания, выражающее переживание негативного стресса, и связанное с нехваткой на данный момент ресурсов для адаптации к нему.

** Numbness (англ.) — психическое онемение, или эмоциональная анестезия, один из основных симптомов ПТСР, подробно об этом см. в главе 2 «Ужас», в разделе «Избегание».

Диалектика травмы порождает сложные, иногда труднообъяснимые изменения сознания, которые Джордж Оруэлл, один из самых убежденных глашатаев правды нашего времени, нарек двоемыслием, а профессионалы в области психиатрии, предпочитающие спокойные, точные термины, называют диссоциацией. Эти изменения могут приводить к появлению многочисленных явно выраженных и часто странных симптомов истерии, в которых Фрейд столетие назад распознал завуалированные сообщения о сексуальном насилии, пережитом в детстве.

Свидетели подвержены диалектике травмы так же, как и пережившие ее. Наблюдателю не менее трудно сохранять ясную голову, увидеть всю картину целиком, а не отрывочными фрагментами, не упустить ни одной детали и сложить их вместе. Еще труднее найти слова, которые полно и убедительно передадут то, что он видел. Тот, кто возьмется описывать зверства, произошедшие на его глазах, рискует сам лишиться доверия слушателей. Публично выражать свое знание об актах насилия — значит навлечь на себя стигму, которой общество клеймит жертв.

Знание о чудовищных событиях периодически вторгается в общественное сознание, но редко задерживается в нем надолго. Отрицание, подавление и диссоциация действуют на социальном уровне так же, как и на индивидуальном. У исследований феномена психологической травмы есть своя «подпольная» история. Как и люди, пережившие насилие, мы отрезаны от знания о нашем прошлом. Как и им, нам нужно понять прошлое, чтобы исправить настоящее и будущее. Поэтому понимание психологической травмы начинается с переоткрытия ее истории.

Клиницистам известен тот особенно важный момент инсайта — озарения, когда подавленные идеи, чувства и воспоминания прорываются в сознание. Так же как и в историях отдельных людей, такие моменты возникают в истории целых обществ. В 1970-х открытые выступления женского освободительного движения позволили обществу осознать, насколько широко распространены насильственные преступления против женщин. Жертвы, которых заставляли молчать, начали говорить о своих секретах. В свою бытность психиатром-ординатором я услышала немало историй о сексуальном и бытовом насилии от своих пациенток. В силу своей вовлеченности в женское движение я высказывалась против отрицания в своей собственной профессии реальности опыта женщин и давала свидетельские показания о том, что происходило на моих глазах. Моя первая работа об инцесте, написанная совместно с Лизой Хиршман в 1976 году, распространялась «подпольно» — в виде рукописи — целый

год до момента опубликования. Мы начали получать со всех концов США письма от женщин, которые никогда прежде не рассказывали свои истории. Благодаря им мы осознали, какой силой обладает выражение невыразимого, и собственными глазами увидели творческую энергию, которая высвобождается, когда приподнимаются барьеры отрицания и подавления.

Эта книга представляет собой плод двух десятилетий исследовательской и клинической работы с жертвами сексуального и домашнего насилия. Она также отражает опыт, накопившийся в работе со многими другими пережившими травмирующий опыт людьми, особенно ветеранами войн и жертвами политического террора. Это книга о восстановлении связей: между общественным и частным мирами, между индивидуумом и обществом, между мужчинами и женщинами. Это книга о схожести: между пережившими изнасилование и ветеранами боевых действий, между избитыми женщинами и политическими заключенными, между выжившими в гигантских концентрационных лагерях, что создаются тиранами, управляющими целыми государствами, и теми, кто смог выжить в маленьких, тайных концентрационных лагерях, что создаются тиранами, управляющими собственными семьями.

Людам, пережившим чудовищные события, наносится понятный и предсказуемый психологический ущерб. Существует целый спектр травматических расстройств — от вызванных единичным травмирующим событием до более сложных, ставших результатом длительного и неоднократного насилия. Устоявшимся диагностическим концепциям — особенно часто диагностируемым у женщин тяжелым расстройствам личности — как правило, не хватает признания вклада виктимизации*. Первая часть этой книги очерчивает спектр способов адаптации человека к травмирующим событиям и дает новое диагностическое название психическому расстройству**, обнаруживаемому у людей, переживших длительное неоднократное насилие.

Поскольку у травматических синдромов имеются общие основные черты, процесс восстановления во всех случаях тоже следует общим путем. Его основные стадии — это создание безопасной среды, реконструи-

* Виктимизация — преступление, в процессе которого преступник(и) стремятся сконструировать у человека, на которого нападают, идентичность жертвы; и последствия этого взаимодействия для человека.

** В тексте *psychological disorder* более мягкий и широкий термин-синоним к *mental disorder* (психическое расстройство), указывающий на множественные, в том числе социальные контексты проблемы.

рование истории травмы и восстановление связей между пострадавшими и их сообществом. Вторая часть книги излагает краткое описание процесса исцеления и предлагает новую концептуальную схему психотерапии для переживших травму людей. И характеристики травматических расстройств, и принципы их лечения проиллюстрированы свидетельствами самих людей, перенесших травмирующий опыт, и примерами из практики, почерпнутыми из разнообразной литературы.

Источниками научных сведений для этой книги послужили мои собственные исследования людей, переживших инцест, и более недавнее исследование роли детской травмы в состоянии, известном как пограничное расстройство личности. В качестве клинических источников выступили двадцать лет моей практики в феминистской клинике психического здоровья и десять лет работы преподавателем и супервизором в университетской учебно-практической больнице.

Сердцевиной этой книги являются свидетельства переживших травму. Чтобы сохранить конфиденциальность, все мои источники указаны под псевдонимами — за двумя исключениями. Во-первых, я поименно перечислила психотерапевтов и клиницистов, с которыми проводила беседы специально для этой работы, а во-вторых, поступила так же с пострадавшими, которые уже заявили о себе публично. Практические примеры, которые встречаются в тексте, вымышлены: все они являются составными, основанными на переживаниях разных пациентов, а не какого-то одного человека.

Люди, пережившие насилие, ставят перед нами сложную задачу вместе с ними воссоединить разрозненные фрагменты, реконструировать историю, осмыслить их нынешние симптомы в свете прошлых событий. Я постаралась объединить клинический и социальный взгляды на травму, не принося при этом в жертву ни сложность индивидуального опыта, ни широту политического контекста. Я попыталась свести воедино разрозненный объем знаний и разработать концепции, которые были бы применимы как к сферам, где с опытом насилия традиционно сталкиваются женщины, — дом и сексуальная жизнь, так и к областям, где с насилием традиционно сталкиваются мужчины, — война и политическая жизнь.

Эта книга выходит в то время, когда общественное обсуждение обыденных зверств сексуальной и семейной жизни стало возможным благодаря женскому движению, когда общественное обсуждение обыденных зверств политической жизни стало возможным благодаря движению за права человека. Я рассчитываю, что эта книга вызовет споры: во-пер-

вых, потому что она написана с феминистской точки зрения; во-вторых, потому что она бросает вызов устоявшимся диагностическим концепциям; и, в-третьих (пожалуй, это самое важное), поскольку она говорит об ужасных вещах, о которых никто на самом деле не желает ничего слышать. Я постаралась донести свои идеи языком, который верен традициям моей профессии — рационален и лишен эмоций и в то же время соответствует выражению эмоционально насыщенных заявлений людей, переживших насилие и испытывающих негодование. Я старалась найти слова, способные устоять перед императивами двоемыслия и позволяющие нам немного ближе подойти к встрече с невыразимым.

Часть I

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

ЗАБЫТАЯ ИСТОРИЯ

У исследований психологической травмы любопытная история — история эпизодической амнезии. Периоды ее активного изучения перемежаются периодами забвения. В прошлом столетии исследовательские работы по одним и тем же направлениям неоднократно начинались, потом резко сворачивались только для того, чтобы спустя много лет их открывали вновь. Классические труды пятидесяти-столетней давности зачастую читаются как современные. Хотя эта область на самом деле имеет богатые научные традиции, периодически она оказывается забытой — и так же периодически неизбежно становится востребованной.

Причина этой периодической амнезии не в обычной переменчивости моды, влияющей на любые интеллектуальные изыскания. Исследования феномена психологической травмы могут зачахнуть вовсе не из-за отсутствия интереса. Скорее сама тема вызывает настолько яростные противоречия, что периодически ее предают анафеме. Исследования психологических травм неоднократно приводили ученых в область немыслимого и подрывали фундаментальные основы веры.

Изучать психологическую травму — значит лицом к лицу сталкиваться как с уязвимостью человека, так и с его способностью творить зло. Изучать психологическую травму — значит быть свидетелем ужасных событий. Когда этими событиями становятся природные катастрофы или «божий промысел», их свидетели с готовностью сочувствуют жертве. Но когда травмирующие события — дело рук человеческих, свидетели оказываются втянуты в конфликт между жертвой и преступником. В этом конфликте невозможно оставаться нейтральным. Сторонний наблюдатель вынужден принять ту или иную сторону.

Очень соблазнительно встать на сторону преступника. Единственное, что требует от стороннего наблюдателя преступник, — это не делать ничего. Он

апеллирует к всеобщему, универсальному стремлению не видеть, не слышать и не говорить ничего дурного. Жертва же, напротив, просит, чтобы наблюдатель разделил с ней бремя боли. Она требует действия, участия и памяти. Лео Эйтингер, психиатр, который работал и проводил исследования с людьми, пережившими нацистские концентрационные лагеря, описывает жестокий конфликт интересов, возникающий между жертвой и сторонним наблюдателем:

«Война и жертвы — это то, что общество желает забыть; пелена забвения набрасывается на все болезненное и неприятное. Мы видим эти две стороны сошедшимися лицом к лицу: с одной стороны — жертвы, которые и хотели бы забыть, да не могут, а с другой — все остальные, с сильными, часто бессознательными мотивами, которые и страстно желают забыть, и успешно это делают. Контраст... часто бывает болезненным для обеих сторон. Слабейшая сторона... остается проигравшей в этом безмолвном и неравном диалоге»¹.

Стремясь избежать ответственности за то, что совершил, преступник делает все, что в его силах, чтобы историю забыли. Скрытность и молчание — первая линия его обороны. Если скрытность соблюсти не удастся, преступник подрывает доверие к жертве. Если не удастся заставить ее замолчать полностью, он старается позаботиться о том, чтобы ее никто не слушал. Для этого он использует целый арсенал средств — от самого наглого отрицания до предельно изощренных и элегантных рационализаций. После каждого акта жестокости можно, не боясь ошибиться, предположить, что услышишь одни и те же предсказуемые оправдания: ничего такого не было; жертва лжет; жертва преувеличивает; жертва сама во всем виновата; и вообще, кто прошлое помянет... надо жить дальше. Чем могущественнее преступник, тем весомее его прерогативы по именованию и определению реальности — и тем сильнее звучат его аргументы, перекрывая голос того, кому он нанес ущерб.

Аргументы преступника кажутся неотразимыми, если сторонний наблюдатель рассматривает их отдельно от всего остального. В отсутствие поддерживающей социальной среды наблюдатель обычно поддается искушению «смотреть в другую сторону»². Причем даже тогда, когда жертва является идеализированным и ценным членом общества. Солдаты любой войны, даже те, кого считают героями, горько сетуют на то, что никто не желает знать настоящую правду о войне. А если жертва изначально обесценена (женщина или ребенок), она может обнаружить, что самые болезненные события ее жизни выходят за рамки одобренной обществом реальности. Ее опыт становится невыразимым — в том плане, что его *нельзя выразить*.

Исследователи психологических травм вынуждены постоянно бороться с тенденцией дискредитировать жертву или сделать ее невидимой. Споры в этой сфере бушевали на протяжении всей ее истории. Имеют ли право пациенты с посттравматическими состояниями на медицинскую помощь и уважение — или заслуживают презрения? Действительно ли они страдают — или притворяются? Правдивы их рассказы или ложны, а если ложны, то что из себя представляют: игру воображения или злонамеренную фабрикацию? Несмотря на наличие обширной литературы, документирующей феномены психологической травмы, дебаты по-прежнему фокусируются на основном вопросе о том, действительно ли эти феномены достоверны и реальны.

Сомнению постоянно подвергаются слова не только пациентов, но и исследователей посттравматических состояний. Клиницисты, которые слишком подолгу и слишком внимательно слушают травмированных пациентов, часто вызывают подозрение у собственных коллег, словно в результате контакта могли подцепить какую-то заразную болезнь. Исследователи, которые отваживаются углубиться в эту сферу, оставив далеко позади границы традиционных воззрений, часто подвергаются своего рода профессиональной изоляции.

Чтобы удерживать травмирующую реальность в сознании, требуется социальный контекст, который поддерживает и защищает жертву, соединяет жертву и свидетеля в общий союз. Для переживших травмирующий опыт этот социальный контекст создают отношения с друзьями, близкими и родственниками. Для общества — политические движения, позволяющие высказаться тем, кого лишили силы и власти.

Поэтому систематические исследования в области психологической травмы зависят от политической поддержки. Более того, вопрос о том, будет ли такое исследование развиваться или обсуждаться публично, уже сам по себе является политическим. Исследование боевой психической травмы становится допустимым только в контексте, который высказывает сомнения в правильности принесения в жертву ради войны молодых людей. Исследование травм в сексуальной и семейной жизни становится допустимым только в контексте, который подвергает сомнению подчиненную роль женщин и детей. Развитие в этой сфере возникает только тогда, когда оно поддерживается политическим движением, достаточно сильным, чтобы легитимизировать союз между исследователями и пациентами и противодействовать обычным социальным процессам замалчивания и отрицания. В отсутствие сильных политических движений за права человека активный процесс свидетельствования уступает место активному процессу забывания. Подавление, диссоциация и отрицание — феномены как индивидуального, так и общественного сознания.

Трижды за минувшее столетие на поверхность общественного сознания всплывали конкретные формы психологической травмы. Каждый раз успех в их изучении был связан с каким-либо политическим движением. Первой травмой была истерия — архетипическое расстройство психики у женщин. Ее исследования выросли из республиканского, антиклерикального политического движения конца XIX века во Франции. Второй была боевая психическая травма, снарядный шок*. Ее исследования начались в Англии и Соединенных Штатах после Первой мировой войны и достигли пика после войны во Вьетнаме. Их политическим контекстом был коллапс культа войны и рост антивоенного движения. И последней травмой, попавшей в поле зрения общественного сознания сравнительно недавно, стало сексуальное и домашнее насилие. Ее политический контекст — феминистское движение в Западной Европе и Северной Америке. Наше современное понимание психологической травмы строится на синтезе этих трех отдельных линий исследований.

Героическая эпоха истерии

В последние два десятилетия XIX века расстройство под названием «истерия» являлось основным предметом серьезных исследований. Термин *истерия* в то время был настолько общепонятным, что никто даже не потрудился дать ему систематизированное определение. По словам одного историка, «на протяжении двадцати пяти веков истерия считалась странным заболеванием с непоследовательными и невнятными симптомами. Большинство врачей считали ее болезнью, присущей женщинам и берущей начало в матке»³. Отсюда и название — истерия (от греч. *ἵστέρα* — матка). Как объяснял другой историк, истерия была «драматической медицинской метафорой для всего того, что мужчины считали таинственным или неуправляемым в противоположном поле»⁴.

Главным исследователем истерии был великий французский невролог Жан-Мартен Шарко. Его царством был Сальпетриер, старинный обширный больничный комплекс, который издавна служил домом призрения для самых обездоленных слоев парижского пролетариата: нищих, прости-

*Shellshock (англ.) отличался от контузии прежде всего психологическими, а не соматическими составляющими. В дальнейшем описывающие феномен термины менялись на «боевой невроз» и «боевая психическая травма». Слово «боевой» в данном случае существенно, так как подчеркивает, что пострадавшие принимали участие в боях или были помещены в боевую обстановку, а не только жили в военное время.

туток и сумасшедших. Шарко превратил это никому не нужное заведение в храм современной науки, и самые одаренные и амбициозные представители новых дисциплин, неврологии и психиатрии, съезжались в Париж, чтобы учиться у мастера. Среди множества маститых врачей, в свое время совершивших паломничество в Сальпетриер, были Пьер Жане, Уильям Джеймс и Зигмунд Фрейд⁵.

Исследования истерии заворовали общество своим великим походом в царство неведомого. Исследования Шарко славились не только в медицинском мире, но и за его пределами — в литературе и политике. Его «лекции по вторникам» представляли собой этакое театральные представления, которые привлекали «полную нездорового любопытства разномастную аудиторию, стекавшуюся со всего Парижа: писателей, ученых, ведущих актеров и актрис, модных дам полусвета»⁶. На этих лекциях Шарко иллюстрировал свои открытия в области истерии живыми демонстрациями. Пациентками, которых он выставлял на обозрение публики, были молодые женщины, нашедшие в Сальпетриере убежище от жизни, полной непрестанной агрессии, эксплуатации и сексуального насилия. Лечебница обеспечивала им большую безопасность и защиту, чем они видели за всю предыдущую жизнь, а избранной группе женщин, которые становились звездами представлений Шарко, даже доставалось нечто вроде славы.

Шарко называли отважным храбрецом уже за то, что он вообще решился исследовать истерию; его личный авторитет обеспечил доверие к сфере, которая считалась выходящей за пределы дозволенного в серьезных научных исследованиях. До Шарко женщин с истерией считали симулянтками, а их лечение отдавали на откуп гипнотизерам и модным целителям. После смерти Шарко Фрейд назвал его освободителем и покровителем страждущих:

«Людам с истерией ни в чем не было никакой веры. Первое, что сделал Шарко, — помог занять этой теме подобающее положение; постепенно все отвыкли от насмешливых улыбок, на которые прежде только и могла рассчитывать пациентка. Она перестала быть симулянткой по определению, ибо Шарко всем весом своего авторитета встал на сторону подлинности и объективности феномена истерии»⁷.

Подход Шарко к истерии, которую он называл «великим неврозом», был таксономическим. Он подчеркивал необходимость пристального наблюдения, описания и классификации. Он документировал характерные симптомы истерии исчерпывающе — не только письменно, но и в ри-

сунках и фотографиях. Шарко фокусировался на симптомах истерии, напоминавших неврологические повреждения: двигательных параличах, потере сенсорных ощущений, судорогах и амнезиях. К 1880 году он успел продемонстрировать, что эти симптомы имели психическую природу, поскольку могли быть искусственно вызваны и сглажены с помощью гипноза.

Хотя Шарко уделял более чем пристальное внимание симптомам своих пациенток с истерией, их внутренняя жизнь его совершенно не интересовала. Он рассматривал их эмоции как симптомы, которые следовало занести в каталог. Он описывал их речь как «вокализацию» — голосовой сигнал. Его позиция в отношении пациенток становится совершенно очевидной из стенограммы одной из его вторичных лекций, во время которой молодая женщина в гипнотическом трансе использовалась для демонстрации конвульсивного истерического приступа:

ШАРКО: Нажмем еще раз на истерогенную точку. (Один из ассистентов-мужчин дотрагивается до живота пациентки в районе яичников.) Ну вот, опять [начинается припадок]. Иногда подопытные могут даже закусить себе язык, но такое бывает нечасто. Обратите внимание на выгнутую дугой спину, феномен, так подробно описанный в медицинской литературе.

ПАЦИЕНТКА: Матушка, мне страшно!

ШАРКО: Обратите внимание на всплеск эмоций. Если мы и дальше оставим его без контроля, то очень скоро вернемся к эпилептоидному поведению... (Пациентка снова кричит: «Ой, матушка!»)

ШАРКО: Опять же, обратите внимание на эти крики. Так сказать, много шума из ничего⁸.

Честолюбивые последователи Шарко стремились превзойти его труды, продемонстрировав причины истерии. Особенно рьяное соперничество развернулось между Жане и Фрейдом. Каждый из них хотел первым совершить это великое открытие⁹. Преследуя свою цель, исследователи выяснили, что недостаточно просто наблюдать и классифицировать женщин с истерией. Необходимо беседовать с ними. На одно короткое десятилетие ученые мужи подошли к женщинам с уважением и вниманием, невиданными ни прежде, ни потом. Ежедневные встречи со страдавшими истерией пациентками, часто длившиеся часами, были в то время не редкостью. Описания случаев того периода читаются почти как истории сотрудничества между терапевтом и пациенткой.

Это изучение принесло свои плоды. К середине 1890-х Жане во Франции и Фрейд вместе со своим сотрудником Йозефом Брейером в Вене независимо пришли к поразительно похожим выводам: истерия была сочтена состоянием, вызываемым психологической травмой. Невыносимые эмоциональные реакции на травмирующие события вызывали измененное состояние сознания, которое, в свою очередь, вызывало истерические симптомы. Жане назвал это изменение в сознании «диссоциацией»¹⁰. Брейер и Фрейд назвали его «двойным сознанием»¹¹.

И Жане, и Фрейд распознали важнейшее сходство между измененными состояниями сознания, вызванными психологической травмой, и состояниями, вызываемыми гипнозом. Жане полагал, что способность к диссоциации или гипнотическому трансу — признак психологической слабости и внушаемости. Брейер и Фрейд, напротив, утверждали, что истерия вместе со связанными изменениями сознания может обнаруживаться у «людей яснейшего ума, сильнейшей воли, величайшего характера и высочайших критических способностей»¹².

Как Жане, так и Фрейд признавали, что соматические симптомы истерии представляют собой замаскированные проявления вызвавших сильный дистресс событий, которые были изгнаны из памяти. Жане описывал своих пациенток с истерией как управляемых «подсознательными навязчивыми идеями», воспоминаниями о травмирующих событиях¹³. Брейер и Фрейд в своем бессмертном итоговом труде писали, что «люди с истерией страдают большей частью от реминисценций»¹⁴.

К середине 1890-х эти исследователи также выяснили, что истерические симптомы могут сглаживаться, когда травматические воспоминания, равно как и сильные чувства, их сопровождавшие, заново открываются и облекаются в слова. Этот метод лечения лег в основу современной психотерапии. Жане называл эту технику «психологическим анализом», Брейер и Фрейд — «абреакцией» или «катарсисом», а позднее Фрейд переименовал ее в «психоанализ». Но самое простое и, пожалуй, лучшее название было придумано одной из пациенток Брейера — одаренной, интеллектуальной и тяжело больной молодой женщиной, которой он дал псевдоним Анна О. Она называла свой глубоко личный диалог с Брейером «лечением беседой»^{*15}.

* Авторство этого термина, сегодня широко примененного к любому виду разговорной терапии и являющегося синонимом определения «разговорная терапия», таким образом, принадлежит пациентке, описывающей свой инсайдерский опыт в терапевтических отношениях, пока они еще были сотрудничающими.

Это сотрудничество между врачом и пациенткой приобрело качества своего рода квеста, в котором ключ к тайне истерии мог быть найден с помощью скрупулезной реконструкции прошлого. Жане, описывая свою работу с одной пациенткой, отметил, что в процессе лечения раскрытие недавних травм открыло дорогу к исследованию более ранних событий. «Удаляя поверхностный слой иллюзий, я способствовал явлению старых и неуступчивых навязчивых идей, по-прежнему обитавших на дне ее сознания. Последние, в свой черед, исчезли, приведя, таким образом, к значительному улучшению»¹⁶. Брейер, описывая свою работу с Анной О., говорил о «прослеживании нити памяти»¹⁷.

Дальше всех прошел по этой нити Фрейд, что неотвратимо привело его к изучению сексуальной жизни женщин. Вопреки старинной клинической традиции, которая признавала связь истерических симптомов с женской сексуальностью, наставники Фрейда — Шарко и Брейер — в высшей степени скептически отзывались о роли сексуальности в происхождении истерии. Сам Фрейд поначалу сопротивлялся этой идее:

«Когда я начал анализировать вторую пациентку... я был весьма далек от того, чтобы рассчитывать на сексуальный невроз как на основу истерии. Я только что окончил школу у Шарко и полагал связь истерии с половой тематикой своего рода оскорблением — как воспринимают ее и сами пациентки»¹⁸.

Это подчеркнутое отождествление с реакциями пациенток характерно для ранних работ Фрейда об истерии. Описанные им случаи из практики раскрывают перед нами человека, одержимого страстной любознательностью, готового преодолеть собственные психические защиты и внимательно слушать. И то, что он услышал, его ужаснуло. Женщины неоднократно рассказывали ему о сексуальном насилии, унижениях и инцесте. Разматывая нить памяти, Фрейд и его пациентки обнаруживали важные травмирующие события детства, сокрытые под более недавними, часто сравнительно незначительными переживаниями, которые на самом деле служили триггером для начала проявления истерических симптомов. К 1896 году Фрейд верил, что обнаружил источник проблемы. В докладе о восемнадцати случаях из практики, озаглавленном «К этиологии истерии», он сделал драматическое заявление:

«Поэтому я выдвигаю тезис о том, что в основе каждого случая истерии лежит один или несколько эпизодов *преждевременного полового опыта*, которые относятся к самым ранним годам детства, но могут

быть возвращены [в область сознания] с помощью психоаналитической работы, сколько бы ни миновало десятилетий. Я полагаю, что это важная находка, своего рода открытие *caput Nili* [истока Нила] в невропатологии»¹⁹.

Столетием позже эта работа по-прежнему может посоперничать с современными клиническими описаниями последствий сексуального насилия, пережитого в детстве. Это блестящий, сострадательный, красноречивый, аргументированный и тщательно продуманный труд. Его триумфальное заглавие и ликующий тон указывают, что Фрейд рассматривал свою работу как высшее достижение в этой сфере.

В действительности же публикация «К этиологии истерии» лишь наметила грядущий отход от этой линии исследований. Не прошло и года, как Фрейд частным порядком отрекся от теории происхождения истерии как последствия психологической травмы. В своей переписке он ясно дает понять, что его все сильнее беспокоили радикальные социальные последствия этой гипотезы. Истерия была настолько широко распространена среди женщин, что, если истории его пациенток были правдивы, а его теория верна, Фрейд вынужден был бы прийти к выводу, что то, что он называл «извращенными актами против детей», было характерным явлением не только для пролетариата Парижа, где он начинал изучать истерию, но и в среде уважаемых буржуазных семейств Вены, где он основал свою практику. Эта идея была просто неприемлема. Поверить в нее было невозможно²⁰.

Столкнувшись с этой дилеммой, Фрейд перестал слушать своих пациенток. Этот поворотный момент отражен в знаменитой истории болезни Доры. Ее случай, последний из практических исследований Фрейда в области истерии, читается скорее как битва умов, чем как совместное предприятие. Взаимодействие между Фрейдом и Дорой описано как «эмоциональное сражение»²¹. В этом случае Фрейд все еще признает реальность опыта своей пациентки: подростком Дора была использована в затейливых сексуальных интригах ее отца. Отец, по сути дела, предлагал дочь своим друзьям в качестве сексуальной игрушки. Однако Фрейд отказывался признавать испытываемые Дорой чувства возмущения и унижения. Вместо этого он настаивал, чтобы она исследовала свое ощущение эротического возбуждения, словно ситуация сексуальной эксплуатации была исполнением ее желания. В ответ Дора прервала лечение — поступок, который Фрейд расценил как месть.

Распад их альянса знаменовал собой горький конец эпохи сотрудничества между честолюбивыми исследователями и пациентками с истерией. И в течение следующих почти ста лет этих пациенток снова отвергали

и заставляли молчать. Последователи Фрейда были особенно злы на бунтарку Дору, которую впоследствии один из его учеников описал как «одну из самых отталкивающих истеричек, каких он знал»²².

На руинах травматической теории истерии Фрейд построил психоанализ. Главная психологическая теория следующего столетия была основана на отрицании женской реальности²³. Сексуальность осталась в ней центральным предметом изучения. Но эксплуататорский социальный контекст, в котором в действительности имеют место сексуальные отношения, оставался практически невидимым. Психоанализ стал исследованием внутренних перипетий фантазии и желания, оторванным от реальности опыта. К первому десятилетию XX века, даже не накопив никаких клинических данных, которые подтверждали бы существование ложных жалоб, Фрейд сделал вывод, что рассказы о сексуальном насилии в детстве его пациенток с истерией были неправдой:

«Я вынужден был признать, что эти сцены совращения никогда не имели места и что они представляли собой лишь выдумки, созданные моими пациентками»²⁴.

Отречение Фрейда означало закат героической эпохи истерии. С началом нового столетия вся линия исследований, начатая Шарко и продолженная его последователями, была предана забвению. Гипноз и измененные состояния сознания снова перешли в сферу оккультизма. Исследования психологических травм прекратились. Спустя некоторое время и саму истерию объявили практически исчезнувшей болезнью²⁵.

Этот драматический переворот не был делом рук одного человека. Чтобы понять, каким образом в исследованиях истерии мог произойти такой коллапс, как великие открытия могли быть столь быстро забыты, необходимо кое-что знать об интеллектуальном и политическом климате, изначально давшем стимул этим исследованиям.

Центральным политическим конфликтом во Франции XIX века была борьба между сторонниками монархии с государственной религией и приверженцами республиканской, светской формы правления. Семь раз, начиная с революции 1789 года, этот конфликт приводил к свержению правительства. С установлением в 1870 году Третьей республики отцы-основатели хрупкой новорожденной демократии развернули активную кампанию, чтобы консолидировать свою мощь и подорвать власть главного противника — католической церкви.

Республиканские вожди той эпохи были «сами себя сделавшими» выходцами из развивавшегося класса буржуазии. Они считали себя предста-

вителями традиции просвещения, вовлеченными в смертельную схватку с силами реакции — аристократией и духовенством. Главные политические сражения велись за власть над сферой образования. Идеологические — за лояльность мужчин и принадлежность женщин. Как выражается Жюль Ферри, отец-основатель Третьей республики, «женщины должны принадлежать науке, иначе они будут принадлежать церкви»²⁶.

Шарко, сын торговца, совершившего восхождение к богатству и славе, был видным представителем этой новой буржуазной элиты. Его салон стал местом встреч для правительственных министров и других именитых граждан Третьей республики. Он вместе со своими коллегами из правительства горел жадной сеять в людских умах светские, научные идеи. Проведенная им в 1870-е годы модернизация Сальпетриера была сделана ради того, чтобы продемонстрировать преимущества светского обучения и управления больницей. А исследования истерии он проводил для того, чтобы показать превосходство светской картины мира над религиозной. Его «лекции по вторникам» были политическим театром. Его миссия состояла в том, чтобы утвердить власть науки над женщинами с истерией.

Формулировки истерии, данные Шарко, предлагали научное объяснение таких феноменов, как одержимость демонами, колдовство, экзорцизм и религиозный экстаз. Одним из его любимых проектов был ретроспективный диагноз истерии, отраженной в разные эпохи в произведениях искусства. Вместе со своим учеником Полем Рише он опубликовал собрание произведений средневекового искусства, иллюстрируя ими свой тезис о том, что религиозные переживания, изображенные в живописи, могут быть объяснены как проявления истерии²⁷. Шарко и его последователи также вступали в ожесточенные дебаты с церковниками о современных мистических феноменах, в том числе о стигматиках, явлениях, видениях и исцелении верой. Особенно Шарко занимали чудесные исцеления, якобы происходящие в недавно созданном святилище в Лурде. Жане был озабочен возникновением в США христианской науки. Ученик Шарко Дезире-Маглуар Бурнвиль использовал установленные незадолго до этого диагностические критерии в попытке доказать, что знаменитая женщина-стигматик того времени, пламенно верующая Луиза Лато, на самом деле была истеричкой. Все эти феномены были объявлены примерами из сферы медицинской патологии²⁸.

Таким образом, именно крупное политическое движение стимулировало такой страстный интерес к истерии и дало импульс исследованиям Шарко и его последователей в конце XIX века. Раскрытие тайны истерии должно было стать триумфом светского просвещения над реакционными

суевериями, а заодно и продемонстрировать моральное превосходство нового светского мира. Люди науки противопоставляли благосклонное покровительство по отношению к женщинам с истерией бесчинствам инквизиции. Шарль Рише, один из учеников Шарко, заметил в 1880 году:

«Среди пациенток, содержащихся в Сальпетриере, немало таких, кого в былые времена сожгли бы, чьи болезни были бы приняты за преступление»²⁹.

Уильям Джеймс десять лет спустя вторил этим мыслям:

«Среди всех многочисленных жертв медицинского невежества, прикрывавшегося авторитетом, бедным людям с истерией до сих пор приходилось хуже всего; их постепенная реабилитация и спасение будут входить в число филантропических завоеваний нашего поколения»³⁰.

В то время как эти ученые мужи считали себя благодетелями и спасителями, помогавшими женщинам подняться из униженного положения, им и в голову не приходила идея социального равенства между мужчинами и женщинами. Женщины должны были быть объектами изучения и гуманного отношения, а не самостоятельными субъектами. Те же мужчины, которые ратовали за просвещенный взгляд на истерию, часто противились допуску женщин к высшему образованию или «мужским» профессиям и категорически возражали против избирательного права для женщин.

В первые годы Третьей республики феминистское движение было сравнительно слабым. До конца 1870-х женские организации даже не имели права устраивать публичные мероприятия или публиковать свою литературу. На первом Международном конгрессе по правам женщин, проходившем в Париже в 1878 году, защитникам избирательного права для женщин не было разрешено выступить, поскольку их идеи сочли слишком революционными³¹. Понимая, что их судьбы зависят от выживания хрупкой новой демократии, защитники прав женщин обычно шли на уступки, чтобы сохранить консенсус внутри республиканской коалиции.

Но поколение спустя режим отцов-основателей прочно утвердился. Республиканское, светское правление во Франции не только выжило, но и процветало. К концу XIX века антиклерикальная битва была наконец выиграна. В то же время просвещенным мужчинам стало труднее выступать в роли защитников женщин, так как женщины теперь осмеливались говорить сами за себя. Воинственность феминистских движений из устоявшихся демократий Англии и Соединенных Штатов начала распространяться по

континенту, и французские феминистки стали все решительнее защищать права женщин. Некоторые подчеркнуто критически отзывались об отцах-основателях и бросали вызов благодушному покровительству ученых мужей. Одна писательница-феминистка в 1888 году высмеяла Шарко за то, что он «препарировал женщин под предлогом изучения болезни», а также за его враждебность к женщинам, избравшим медицинские профессии³².

К началу следующего века политический импульс, породивший героическую эпоху истерии, исчерпал себя; больше не было никаких убедительных причин продолжать линию исследований, которая увела ученых мужей так далеко от изначально избранного места назначения. Исследования истерии заманили их в «нижний мир» транса, эмоциональности и секса. Теперь от них требовалось слушать женщин намного внимательнее, чем они рассчитывали, и узнавать о жизни женщин намного больше, чем они желали знать. Безусловно, ученые тех времен даже не намеревались изучать сексуальные травмы в жизни женщин. Коль скоро исследования истерии были частью идеологического крестового похода, открытия в этой сфере широко приветствовались, и ученых-исследователей прославляли за их гуманизм и смелость. Но когда политический импульс иссяк, те же исследователи с досадой обнаружили, что их компрометирует природа сделанных ими открытий и плотная вовлеченность в работу с пациентками.

Возврат к прежним позициям начался еще до смерти Шарко (он умер в 1893 году). Ему все чаще приходилось доказывать, что те самые публичные демонстрации истерии, которые так завораживали парижское общество, были достоверны. Широко расходились слухи о том, что эти представления были разыграны женщинами под гипнозом, которые, сознательно или нет, следовали сценарию, продиктованному их покровителем. В конце жизни Шарко уже откровенно сожалел о том, что открыл эту область исследований³³.

Как Шарко отступился от мира гипноза и истерии, так Брейер бежал из мира эмоциональных привязанностей женщин. Первый же опыт «лечения беседой» окончился поспешным бегством Брейера от Анны О. Возможно, он разорвал их отношения потому, что его жена была недовольна тесной связью мужа с этой обворожительной молодой женщиной. Брейер резко прекратил курс лечения, который включал длительные, почти ежедневные встречи с пациенткой на протяжении более чем двух лет. Этот внезапный разрыв спровоцировал кризис не только у пациентки, которую пришлось госпитализировать, но, по-видимому, и у врача, который пришел в ужас, осознав, что у его подопечной развилась страстная привязанность к нему. С последнего сеанса с Анной О он вышел «в холодном поту»³⁴.

Хотя Брейер впоследствии сотрудничал с Фрейдом в публикации описания этого экстраординарного случая из практики, исследования он вел с сомнением и без особой охоты. В особенности Брейера тревожило частое обнаружение сексуального опыта как источника истерических симптомов. Как жаловался Фрейд своему близкому другу, Вильгельму Флиссу, «недавно Брейер произнес в [Венском] обществе врачей большую речь обо мне, назвавшись новообращенным сторонником половой этиологии [неврозов]. Когда я лично поблагодарил его за это, он испортил мне всю радость словами: “И тем не менее я в это *не* верю”»³⁵.

Фрейд со своими исследованиями отважился дальше всех заглянуть в непризнанную реальность женской жизни. Его открытие, касающееся сексуальной эксплуатации в детстве как корня истерии, превысило лимит доверия общества и сделало автора объектом тотального ostracism в профессиональных кругах. Публикацию статьи «К этиологии истерии», которая, по расчетам Фрейда, должна была принести ему славу, встретило гробовое молчание как старшего поколения, так и его сверстников. Как он вскоре после этого писал Флиссу, «я изолирован настолько, насколько это вообще можно представить: как будто все сговорилось меня покинуть, и вокруг меня образуется пустота»³⁶.

Последующий уход Фрейда из исследований психологических травм позднее стали расценивать как скандальный³⁷. Его ругали за отречение, называя это проявлением личной трусости³⁸. Однако участие в подобного рода личных нападках — своеобразный пережиток эпохи самого Фрейда, когда достижения в области знаний считались прометеевскими подвигами одинокого гения-мужчины. Какими бы неоспоримыми ни были его аргументы и наблюдения, открытия Фрейда не могли добиться общественного принятия в отсутствие политического и социального контекста, который поддерживал бы изучение истерии, независимо от того, куда это может привести. Такой контекст во Франции быстро исчезал, а в Вене его и во все никогда не существовало. Соперник Фрейда Жане, который не бросил своей травматической теории истерии и не отказался от пациенток с истерией, стал свидетелем того, как его работы предавались забвению, а от идей отказывались.

Интересно, что со временем отречение Фрейда от травматической теории истерии сделало его в этом отношении догматиком. Человек, который продвинул соответствующие исследования дальше всех и осознал их последствия наиболее полно, впоследствии пришел к их самому жесткому отрицанию, а в процессе резко отрекся от своих пациенток. Хотя их сексуальная жизнь по-прежнему оставалась главным фокусом его внимания, он перестал признавать реальность опыта сексуальной эксплуатации.

С упрямой настойчивостью, которая подталкивала его ко все большему искажению теории, он настаивал, что эпизоды сексуального насилия, на которые жаловались женщины, были выдуманы пациентками и отражали их скрытые желания.

Пожалуй, стремительный характер отречения Фрейда можно понять, учитывая тяжесть испытания, с которым он столкнулся. Твердо держаться за свою теорию значило для него признать, насколько глубоко бездна сексуального угнетения женщин и детей. Единственным потенциальным источником интеллектуальной валидации и поддержки для этой позиции было зарождавшееся феминистское движение, угрожавшее патриархальным ценностям, которыми дорожил Фрейд. Вступить в альянс с подобным движением было немыслимо для человека таких политических убеждений и профессиональных амбиций, которые были характерны для Фрейда. Слишком активно воспротивившись этому, он разом разорвал связь и с исследованиями психологической травмы, и с женщинами. Впоследствии он взялся разрабатывать теорию человеческого развития, в которой неполноценность и лживость женщин являются фундаментальными положениями всей доктрины³⁹. В антифеминистском политическом климате эта теория благоденствовала и процветала.

Единственной из первой плеяды исследователей, кто продолжил изучение истерии до его логического завершения, была пациентка Брейера, Анна О. После того как Брейер отказался от нее, она, по-видимому, болела еще несколько лет. А затем выздоровела. Когда-то лишенная голоса женщина с истерией, придумавшая термин «лечение беседой», вновь обрела свой голос и спасение в движении за освобождение женщин. Под псевдонимом Пауль Бертольд она перевела на немецкий язык классический трактат Мэри Уолстонкрафт «В защиту прав женщин» и написала по его мотивам пьесу «Права женщин». Под собственным именем — Берта Паппенгейм — она стала видной феминистской общественной деятельницей, интеллектуалкой и организатором. За свою долгую и плодотворную карьеру она успела побывать директрисой сиротского приюта для девочек, основала феминистскую организацию для евреек, путешествовала по всей Европе и Ближнему Востоку, ведя кампанию против сексуальной эксплуатации женщин и детей. Ее решимость, энергия и преданность делу были поистине легендарными. По словам одной коллеги, «в этой женщине бурлил вулкан... Свою борьбу против насилия в отношении женщин и детей она ощущала почти как физическую боль»⁴⁰. После ее смерти философ Мартин Бубер писал в память о ней:

«Я не только восхищался ею, но и любил ее и буду любить до своего смертного часа. Есть люди духа — и есть люди страсти; и те, и другие встречаются не так уж часто. Еще большая редкость — люди, объединяющие в себе дух и страсть. Но редчайшие из всех — обладающие страстным духом. Берта Паппенгейм была как раз одной из них. Не дайте умереть памяти о ней. Позаботьтесь о том, чтобы она продолжала жить»⁴¹. В своем завещании Берта выражает желание, чтобы те, кто придет на ее могилу, оставляли на ней по маленькому камешку — «как тихое обещание... служить миссии женских обязанностей и женской радости... непоколебимо и отважно»⁴².

Травматические неврозы военного времени

Реальность психологических травм оказалась вновь навязана общественному сознанию после катастрофы Первой мировой войны. В этой продолжительной войне на истощение за четыре года погибли свыше восьми миллионов людей*. К моменту окончания массовой бойни были уничтожены четыре европейские империи и разбились вдребезги многие заветные убеждения западной цивилизации.

Одной из множества таких случайных жертв войны стала иллюзия мужской чести и славы в бою. Под непрерывным воздействием ужасов окопной войны люди начинали ломаться, и их было шокирующе много. Загнанные в окопы, беспомощные, осознающие постоянную угрозу уничтожения, вынужденные быть свидетелями увечий и гибели своих товарищей, лишенные всякой надежды на передышку, многие солдаты начинали совершать действия, подобные наблюдавшимся у женщин с истерией. Они кричали и рыдали и не могли это контролировать. Они цепенели и были не в силах сдвинуться с места. Они застывали в молчании и ни на что не реагировали. Они теряли память и способность чувствовать. Число психиатрических военных потерь было настолько велико, что приходилось спешно реквизировать больницы для размещения пациентов. По приблизительной оценке, нервные расстройства составляли до 40% всех военных потерь среди британских солдат. Военное командование пыталось не давать хода рапортам о психиатрических потерях по причине их деморализующего воздействия⁴³.

Поначалу симптомы нервного срыва приписывали чисто физиче-

* По другим данным, Первая мировая война унесла жизни более 10 млн солдат и еще стольких же среди мирного населения. (Прим. ред.)

ским причинам. Британский психолог Чарльз Майерс, который одним из первых столкнулся с подобными случаями, списывал их симптомы на сотрясения мозга, вызванные разрывами снарядов, и называл это нервное расстройство «снарядным шоком»⁴⁴. Это название прижилось, хотя вскоре стало ясно, что этот синдром может проявляться и у солдат, не пострадавших ни от какой физической травмы. Со временем военные психиатры были вынуждены признать, что симптомы снарядного шока имеют источником психологическую травму. Эмоционального стресса, вызванного продолжительным воздействием угрозы и зрелища насильственной смерти, было достаточно, чтобы спровоцировать у мужчин невротический синдром, напоминающий истерию.

Когда существование боевого невроза было уже невозможно отрицать, фокус медицинской дискуссии, как и в предшествовавших дебатах об истерии, сместился на моральные качества пациентов. На взгляд традиционалистов, нормальный солдат должен был превосходно чувствовать себя на войне и не демонстрировать ни тени эмоций — не говоря уже о том, чтобы поддаваться ужасу. Солдат, у которого развился травматический невроз, считался в лучшем случае неполноценным, а в худшем — симулянтom и трусом. Авторы медицинской литературы того времени называли этих пациентов «моральными калеками»⁴⁵. Некоторые представители военного командования утверждали, что эти мужчины вообще не заслуживают лечения, что их нужно отдавать под военный трибунал или изгонять из армии с позором, вместо того чтобы оказывать им медицинскую помощь.

Самым видным сторонником традиционалистского взгляда был британский психиатр Льюис Йелланд. В своем трактате 1918 года «Истерические расстройства военного времени» он выступал за стратегию лечения, основанную на пристыжении, угрозах и наказаниях. Такие истерические симптомы, как немота, утрата чувствительности или двигательный паралич, следовало лечить электрошоком. Пациентов ругали за лень и трусость. Тех, кто демонстрировал «отвратительный вражеский негативизм», запугивали трибуналом. По словам Йелланда, однажды он вылечил пациента от немоты, привязав его к стулу и воздействуя электрошоком на горло. Это «лечение» продолжалось несколько часов без передышки, пока тот наконец не заговорил. Во время применения электрошока Йелланд увещевал пациента:

«Помни: от тебя ждут, что ты должен вести себя как герой... Мужчина, который прошел столько сражений, должен лучше держать себя в руках»⁴⁶.

Прогрессивные медицинские авторитеты, напротив, утверждали, что боевой невроз был самым настоящим психиатрическим заболеванием, которое могло возникать и у обладателей высоких моральных качеств. Они ратовали за гуманное лечение, основанное на психоаналитических принципах. Защитником этой более либеральной точки зрения был У. Х. Р. Риверс, интеллектуал, профессор нейрофизиологии, психологии и антропологии. Его самым знаменитым пациентом был молодой офицер Зигфрид Сассун, отличившийся отвагой в бою и известный как автор стихов о войне. Сассун обрел скандальную славу, когда, еще не сняв военную форму, публично объявил о том, что примкнул к пацифистскому движению, и начал обличать войну. Текст его «Декларации солдата», написанный в 1917 году, читается как современный антивоенный манифест:

«Я делаю это заявление как акт намеренного неповиновения военной власти, потому что верю, что война умышленно затягивается теми, в чьей власти с нею покончить.

Я — солдат, и я убежден, что выступаю от лица солдат. Я считаю, что эта война, в которую я вступил как в оборонительную и освободительную, ныне стала войной агрессивной и завоевательной... Я видел и испытал на себе солдатские страдания и больше не могу способствовать продлению этих страданий ради целей, которые полагаю злонамеренными и несправедливыми»⁴⁷.

Опасаясь, что Сассуна подведут под трибунал, один из его сослуживцев-офицеров, поэт Роберт Грейвз, договорился, что его госпитализируют и отдадут на попечение Риверса. В таком случае антивоенное выступление можно было списать на психологический срыв. Хотя полного эмоционального расстройства у Сассуна не случилось, нервы его, по выражению Грейвза, все же были «в плохом состоянии»⁴⁸. Он был беспокойным, раздражительным, его терзали ночные кошмары. А импульсивное рискованное поведение и безрассудство перед лицом опасности, несомненно, были качествами, позволяющими диагностировать посттравматическое стрессовое расстройство.

Применявшаяся Риверсом к Сассуну методика имела целью продемонстрировать превосходство гуманного, просвещенного метода лечения над карательным традиционалистским подходом. Целью лечения — как и всей военной медицины — было поскорее вернуть пациента в строй. Эту цель Риверс сомнению не подвергал. Однако отстаивал действенность лечения беседами. Он не стыдил Сассуна, а обращался с ним с дос-

тоинством и уважением. Пациента не заставляли молчать, а поощряли свободно говорить и писать об ужасах войны. Сассун отзывался на это с благодарностью:

«С ним [Риверсом] я сразу почувствовал себя в безопасности; казалось, он знает все обо мне... Я многое отдал бы за граммофонные записи моих бесед с Риверсом. Единственное, что имеет значение, — это мои воспоминания об этом великом и добром человеке, который одарил меня своей дружбой и наставлениями»⁴⁹.

Психотерапия, которую Риверс проводил со своим знаменитым пациентом, была признана успешной. Вскоре Сассун публично отрекся от своего пацифистского заявления и вернулся на передовую. Он сделал это, несмотря на то что его политические убеждения не изменились. К возвращению его побудила верность товарищам, которые продолжали сражаться, чувство вины из-за того, что их страдания миновали его, и отчаяние из-за неэффективности одиночного протеста. Риверс, разрабатывая курс гуманного лечения, установил два принципа, которые взяли на вооружение американские психиатры в следующей мировой войне. Он показал, во-первых, что даже люди несомненной храбрости могут поддаться ошеломляющему страху, и, во-вторых, что самой эффективной мотивацией к преодолению этого страха является нечто более сильное, чем патриотизм, абстрактные принципы или ненависть к врагу. Это была любовь солдат друг к другу — солдатская солидарность.

Сассун не погиб на войне, но, как и многие выжившие с боевым неврозом, был обречен снова и снова переживать ее события до конца жизни. Он посвятил себя написанию и редактированию военных мемуаров, сохранению памяти павших и развитию дела пацифизма. Хотя Сассун сумел достаточно восстановить «расшатанные нервы», чтобы вести продуктивную жизнь, его преследовала память о тех, кому повезло меньше, чем ему самому:

«Снарядный шок. Сколько бомбежек эхом отзывается в умах выживших, многие из которых смотрели на своих товарищей и смеялись в то время, пока ад изо всех сил старался уничтожить их? Не тогда недобрый час настал для них, а сейчас; сейчас, в потливом удушье ночного кошмара, в параличе конечностей, в перебоях заикающейся речи. И, что хуже всего, в разложении тех личных качеств, благодаря которым они некогда были столь великодушны, бескорыстны и стой-

ки духом; вот это была невыразимая трагедия снарядного шока, поразившая лучших из людей... Во имя цивилизации эти солдаты были сделаны мучениками, и цивилизации предстоит доказать, что их мученичество не было грязным мошенничеством»⁵⁰.

Не прошло и нескольких лет после окончания войны, как интерес медиков к теме психологической травмы снова иссяк. Хотя многочисленные пациенты с длительными психиатрическими расстройствами по-прежнему населяли задние ряды госпиталей для ветеранов, их существование стало для гражданского общества источником стыда, который оно жаждало забыть.

В 1922 году молодой американский психиатр Абрам Кардинер вернулся в Нью-Йорк после годичного паломничества в Вену, где проходил психоанализ у Фрейда. Молодого человека вдохновляла мечта сделать великое открытие. «Можно ли вообразить себе большее приключение, — думал он, — чем быть Колумбом в сравнительно новой науке о разуме?»⁵¹ Кардинер открыл частную психоаналитическую практику в те времена, когда в Нью-Йорке психоаналитиков можно было буквально пересчитать по пальцам. Он также устроился на работу в психиатрическую клинику для ветеранов, где встречался с многочисленными пациентами с неврозом военного времени. Кардинера тревожила острота их дистресса и его собственная неспособность исцелить их. В частности, он вспоминал одного пациента, которого лечил целый год без какого-либо заметного успеха. Под конец, когда мужчина принялся благодарить его, Кардинер запротестовал: «Но я ничего для вас не сделал! И уж точно не избавил вас от симптомов». — «Но, доктор, — возразил пациент, — вы же старались. Я давно имею дело с Администрацией по делам ветеранов, и вот они-то точно даже не пытались, им нет до меня никакого дела. А вам не все равно»⁵².

Впоследствии Кардинер признал, что «неотступный кошмар» его собственного раннего детства — нищета, голод, пренебрежение его нуждами, домашнее насилие и безвременная кончина матери — повлиял на направление его интеллектуальных устремлений и позволил ему отождествлять себя с травмированными солдатами⁵³. Кардинер долгое время пытался разработать теорию военной травмы внутри парадигмы психоанализа, но в итоге отказался от этой задачи как неосуществимой и сделал выдающуюся карьеру — сначала в психоанализе, а затем, как и его предшественник Риверс, в антропологии. В 1939 году в сотрудничестве с антропологом Корой дю Буа он создал классический антропологический труд «Индивид и его общество».

Лишь после публикации этой книги он сумел вернуться к теме военной травмы, на сей раз внутри антропологии, концепции, которая признавала воздействие социальной реальности и дала ему возможность понять психологическую травму. В 1941 году Кардинер опубликовал подробное клиническое и теоретическое исследование «Травматические неврозы военного времени», в котором жаловался на эпизодическую амнезию, неоднократно прерывавшую развитие этой сферы:

«Тема невротических нарушений, являющихся следствием войны, в последние 25 лет сильно зависела от прихотей общественного интереса и психиатрической моды. Публика не поддерживает этот интерес, который был весьма велик после Первой мировой войны, равно как не поддерживает его и психиатрия. Потому-то эти заболевания являются предметом не непрерывных исследований... а лишь периодических усилий, которые нельзя характеризовать как особенно усердные. Отчасти это результат понижения статуса ветерана в послевоенное время... Возмутителен тот факт, что каждый исследователь, который берется за изучение этих состояний, считает своим священным долгом начать с нуля и работать над этой проблемой так, будто никто никогда прежде ею не занимался»⁵⁴.

Далее Кардинер развивал клиническое описание травматического синдрома в нашем сегодняшнем понимании. Его теоретическая формулировка очень напоминала созданные Жане в XIX веке формулировки истерии. Более того, Кардинер признавал, что неврозы военного времени представляли собой одну из форм истерии, но также сознавал, что этот термин снова имел настолько негативную коннотацию, что само его использование дискредитировало пациентов:

«Когда используется эпитет “истерический”, его социальный смысл таков, что субъект — эгоист, пытающийся получить что-то задаром. Поэтому жертва такого невроза не видит сочувствия в суде и... со стороны своих врачей, часто полагающих... что слово “истерический” означает некую трудноизлечимую форму злонамеренности, извращения или слабости воли, которой страдает данный индивид»⁵⁵.

Когда разразилась Вторая мировая война, в медицинском сообществе вновь возродился интерес к боевому неврозу. В надежде найти быстрое и эффективное лечение военные психиатры пытались снять стигму со стрессовых реакций на боевую обстановку. Впервые было признано, что

любой человек может сломаться под огнем и что психиатрические потери могут быть предсказаны в прямой пропорции к интенсивности воздействия боевой обстановки. Действительно, были приложены значительные усилия по определению точного уровня воздействия, гарантированно провоцирующего психологический надлом. Через год после окончания войны два американских психиатра, Дж. У. Эппл и Г. У. Биб, пришли к выводу, что 200—240 дней на передовой достаточно, чтобы сломить даже самого стойкого солдата:

«Не существует такой вещи, как “привыкание к бою”... Каждый момент сражения создает напряжение столь сильное, что в психике человека происходит надлом, прямо связанный с интенсивностью и продолжительностью этого воздействия. Таким образом, психиатрические военные потери так же неизбежны, как шрапнельные и огнестрельные раны во время ведения военных действий»⁵⁶.

Американские психиатры сосредоточились на выявлении тех факторов, которые могли бы защитить человека от тяжелого нервного срыва или привести к его скорейшему выздоровлению. Они снова обнаружили то, что продемонстрировал Риверс во время лечения Сассуна — силу эмоциональных привязанностей среди солдат. В 1947 году Кардинер отредактировал свой классический труд и издал его в соавторстве с Гербертом Шпигелем, психиатром, который обладал свежим опытом лечения фронтовиков. Кардинер и Шпигель утверждали, что самой сильной защитой от всепоглощающего ужаса была связь между солдатом, боевым подразделением, в котором он состоял, и командиром. Об аналогичных открытиях сообщили психиатры Рой Гринкер и Джон Шпигель, которые отмечали, что ситуация постоянной опасности заставляла солдат развивать крайнюю эмоциональную зависимость от однополчан и командиров. Они заметили, что наиболее сильной защитой от психологических срывов были высокий моральный дух и лидерские качества командиров небольших боевых подразделений⁵⁷.

Стратегии лечения, разработанные во время Второй мировой войны, имели целью минимизировать отрыв пострадавшего солдата от его боевых товарищей. Мнение специалистов склонялось в пользу короткого вмешательства, организованного как можно ближе к линии фронта с целью быстро вернуть солдата в его подразделение⁵⁸. В поисках быстрого и эффективного метода лечения военные психиатры заново открыли посредническую роль измененных состояний сознания в психологической травме. Они обнаружили, что искусственно вызванные

измененные состояния можно использовать для получения доступа к травматическим воспоминаниям. Кардинер и Г. Шпигель использовали для вызова измененного состояния гипноз, в то время как Гринкер и Дж. Шпигель применяли амитал натрия (так называемую сыворотку правды) — метод, который они называли «наркосинтезом». Как и в ранних работах по истерии, фокус «лечения беседой» при терапии боевого невроза был сосредоточен на восстановлении и катарсическом высвобождении травматических воспоминаний со всеми сопутствующими эмоциями ужаса, ярости и скорби.

Психиатры, первыми применявшие эти методы, понимали, что одного только избавления от бремени травматических воспоминаний недостаточно, чтобы обеспечить долгосрочный положительный эффект. Кардинер и Г. Шпигель предупреждали, что, хотя гипноз мог ускорять и упрощать возвращение травматических воспоминаний, простое катарсическое переживание само по себе оставалось бесполезным. Гипноз давал сбой, объясняли они, когда «дело не доведено до конца»⁵⁹. Гринкер и Дж. Шпигель тоже отмечали, что лечение не будет успешным, если воспоминания, извлеченные и высвобожденные под влиянием амитала натрия, не будут интегрированы в сознание. Последствия боевых действий, утверждали они, «это не надпись на табличке, которую можно стереть, оставив табличку такой, какой она была прежде. Сражения оставляют глубокий след в людских умах, меняя их так же радикально, как и любой другой важнейший опыт в жизни человека»⁶⁰.

Однако эти мудрые предостережения почти не были услышаны. Новый быстрый метод лечения психиатрических военных травм считался в то время крайне успешным. Согласно одному отчету, 80% американских солдат и офицеров, ставших жертвами тяжелого стресса во время Второй мировой войны, как правило, в течение недели так или иначе возвращались к исполнению воинского долга, причем 30% — в действующие боевые подразделения⁶¹. После того как эти мужчины вновь приступали к исполнению воинской обязанности, им уже уделяли мало внимания, и еще меньше — после того как они возвращались домой. Если они были способны функционировать на минимальном уровне, считалось, что лечение прошло успешно. С окончанием войны вновь начался уже привычный процесс общественной амнезии. Медицина и общество проявляли мало интереса к психологическому состоянию демобилизованных солдат. Долговременные эффекты боевой травмы снова были преданы забвению.

Систематическое, масштабное изучение длительного психологического воздействия боевой обстановки больше не предпринималось вплоть до

войны во Вьетнаме. На этот раз мотивация к возобновлению исследований возникла не у военного или медицинского истеблишмента, а благодаря организованным усилиям солдат, настроенных против войны.

В 1970 году, когда война во Вьетнаме была в разгаре, два психиатра, Роберт Джей Лифтон и Хаим Шатан, встретились с представителями новой организации, носившей название «Ветераны Вьетнама против войны». Движение ветеранов против их же собственной войны в то время, когда она еще продолжалась, было событием буквально беспрецедентным. Эта небольшая группа солдат, многие из которых имели отличия за храбрость, вернула свои медали и публично свидетельствовала о своих военных преступлениях. Их присутствие придавало морального веса растущему антивоенному движению. «Они заставляли усомниться, — писал Лифтон, — во всеобщем представлении о войне как борце за справедливость и в самой военной системе и разоблачали фальшивые утверждения своей страны о справедливой войне»⁶².

Настроенные против войны ветераны организовывали, по их собственному выражению, «дискуссионные кружки». На этих встречах, собиравших таких же, как они, вьетнамских ветеранов, солдаты пересказывали и заново переживали травмирующий опыт войны. Они приглашали на заседания психиатров, прося у них профессиональной помощи. Шатан впоследствии объяснил, почему эти люди искали помощи вне сферы официальной психиатрии:

«Многим из них было, по их собственным словам, “больно”. Но они не хотели обращаться за помощью к Администрации по делам ветеранов... Им нужно было, чтобы это происходило на их собственной территории, где власть принадлежала им»⁶³.

Цель этих дискуссионных кружков была двоякой: обеспечить содействие ветеранам, которые перенесли психологическую травму, и привлечь внимание общественности к воздействию войны. Свидетельства, исходившие от этих групп, фокусировали общественное внимание на глубоких психологических ранах, нанесенных войной. Эти ветераны отказывались уходить в забвение. Более того, они отказывались быть объектами стигмы. Они настаивали на том, что их дистресс оправдан и не является чем-то недостойным. Как говорил ветеран морской пехоты Майкл Норман:

* Справедливая война — концепция, которая предполагает ведение военных действий только в определенных, морально оправданных случаях: при нападении врага, с целью освобождения и т. д. (Прим. ред.)

«Друзья и родственники не понимали, почему в нас столько гнева. “О чем вы кричите? — недоумевали они. — Почему вы такие раздражительные и недовольные? Наши отцы и деды шли на войну, исполняли свой долг, возвращались домой и продолжали спокойно жить дальше”. Чем же отличается от них наше поколение? Оказывается, ничем. Нет вообще никакой разницы. Если бы солдат прошлого, солдат “правильных” войн, вытащить из-за завесы мифов и сентиментов и выставить на свет, они бы тоже чувствовали злобу и отчуждение... Так что да, мы были полны гнева. Наш гнев был древним, атавистическим. Мы гневались, как гневались во все времена все цивилизованные люди, которых посылали совершать убийства во имя добродетели»⁶⁴.

К середине 1970-х были организованы сотни неформальных дискуссионных кружков. К концу десятилетия политическое давление ветеранских организаций привело к изданию постановления о создании под эгидой Администрации по делам ветеранов программы психологического лечения, получившей название «операция “Охват”». Были организованы более ста центров психологической помощи, в которых работали ветераны; их работа была основана на принципе взаимопомощи, модели «равный — равному». Неуклонная самоорганизация ветеранов также дала импульс систематическим психиатрическим исследованиям. В годы после войны во Вьетнаме Администрация по делам ветеранов заказала всеобъемлющие исследования, прослеживавшие воздействие опыта военного времени на жизнь возвращавшихся ветеранов. Пятилетнее исследование наследия Вьетнама описывало синдром посттравматического стрессового расстройства и демонстрировало его прямую связь с воздействием боевой обстановки, более не вызывавшую никаких сомнений⁶⁵.

Моральная легитимность антивоенного движения и всенациональное переживание поражения в дискредитированной войне сделали возможным признание психологической травмы как долгосрочного и неизбежного наследия войны. В 1980 году характерный синдром психологической травмы впервые был признан реальным диагнозом. В том году Американская психиатрическая ассоциация включила в свой официальный справочник по психическим расстройствам новую категорию, названную посттравматическим стрессовым расстройством⁶⁶. Клинические проявления этого расстройства совпадали с характеристиками травматического невроза, который сорока годами ранее описывал Кардинер. Таким образом, синдром психологической травмы, периодически забывавшийся и так же периодически открывавшийся вновь на протяжении всего прошлого столетия, наконец добился официального статуса в признанном перечне диагнозов.

Боевой невроз войны полов

Исследования истерии конца XIX века подорвались на вопросе сексуальной травмы и пошли ко дну. Во времена этих исследований никто не осознавал, что такова повседневная реальность сексуальной и семейной жизни женщины. Фрейд, мельком увидев эту истину, в ужасе отступился от нее. Большую часть XX века к развитию знаний о травматических расстройствах вели исследования ветеранов военных действий. И только во времена женского освободительного движения в 1970-е годы было признано, что больше всего посттравматическим расстройствам подвержены не мужчины на войне, а женщины в мирное время.

Реальные условия жизни женщин были сокрыты в сфере личного, частного. Тщательно оберегаемая ценность тайны частной жизни создавала мощный барьер для осознания и скрывала реальное положение женщин, делая женскую реальность практически невидимой. Заговорить о том, что происходит в сексуальной или семейной жизни, значило навлечь на себя публичное унижение, насмешки и недоверие. Женщин заставляли молчать с помощью страха и стыда, а молчание женщин давало лицензию на всевозможные формы сексуальной и бытовой эксплуатации.

У женщин не было названия для тирании, которую они терпели в частной жизни. Трудно было признать, что устоявшаяся демократия в общественной сфере способна мирно сосуществовать с условиями примитивной автократии или продвинутой диктатуры в семье. Поэтому неслучайно в первом манифесте возрождавшегося американского феминистского движения Бетти Фридан назвала женский вопрос «безымянной проблемой»⁶⁷. Так же неслучайно первоначальный метод действия этого движения был назван «повышением осознанности»⁶⁸.

Повышение осознанности происходило в группах, которые имели много общих характеристик с ветеранскими дискуссионными кружками и группами психотерапии: они отличались той же близостью между участницами, той же конфиденциальностью и той же необходимостью говорить правду. Создание привилегированного пространства давало женщинам возможность преодоления барьеров отрицания, секретности и позора, которые не позволяли им дать имя своим травмам. В безопасности консультационного кабинета женщины когда-то осмелились говорить об изнасилованиях, но ученые мужи им не поверили. В безопасном пространстве групп повышения осознанности женщины говорили об изнасилованиях — и другие женщины им верили. Стихотворение той поры передает духовный подъем, который ощущали женщины в момент, когда они говорили — и их слышали:

Сегодня
 В моем собственном маленьком теле
 Я сижу и я узнаю:
 Мое женское тело —
 Как и твое —
 Мишень на каждой улице
 Тело, отнятое у меня
 В возрасте двенадцати лет...
 Я смотрю, как женщина осмеливается
 Я осмеливаюсь смотреть на женщину
 Мы осмеливаемся возвысить наши голоса⁶⁹.

Хотя методы повышения осознанности были аналогичны методам психотерапии, их целью было вызвать социальные, а не индивидуальные перемены. Феминистское признание сексуального насилия давало жертвам силу, чтобы ломать барьеры тайны частной жизни, поддерживать друг друга и совершать коллективные действия. Повышение осознанности также было эмпирическим методом изучения. Кэти Сарачайлд, одна из создательниц данного метода, описывала его как вызов преобладавшей в обществе интеллектуальной ортодоксии:

«Решение делать упор на наши собственные женские чувства и переживания и подвергать проверке все обобщения и интерпретации, которые мы сравнивали с собственным опытом, в действительности представляло собой научный метод исследования. В сущности, мы повторили вызов, брошенный наукой XVII века схоластике, — “изучайте природу, а не книги” — и подвергали все теории проверке живой практикой и действием»⁷⁰.

Процесс, который начинался с повышения осведомленности, поэтапно вел к возрастанию уровней осознания проблемы обществом. Первое публичное обсуждение темы изнасилований было организовано «Радикальными феминистками Нью-Йорка» в 1971 году. Первый международный трибунал по преступлениям против женщин прошел в Брюсселе в 1976 году. Законодательная реформа по изнасилованиям была инициирована в Соединенных Штатах Национальной организацией женщин в середине 1970-х. В течение десятилетия реформы были приведены в действие во всех пятидесяти штатах. Их целью было вдохновить выступить вперед и заговорить жертв сексуальных преступлений, которых прежде заставляли молчать.

Начиная с середины 1970-х годов американское женское движение также породило взрыв исследований по прежде игнорируемой теме сексуального насилия. В 1975 году в результате давления феминисток был создан центр исследований изнасилований внутри Национального института психического здоровья. Впервые женщины могли выступить субъектами, а не объектами изучения. В противоположность обычным нормам, принятым в сфере исследований, большинством ведущих специалистов, финансируемых центром, стали женщины. Исследовательницы-феминистки трудились в тесном контакте с участницами исследований. Они не признавали невовлеченность автора критерием ценности научного исследования и открыто гордились эмоциональной связью с теми, кто делился с ними информацией. Как и в героическую эпоху истерии, длительные и откровенные личные интервью снова стали источником знаний.

Результаты этих исследований подтвердили реальность опыта женщин, от которого Фрейд столетием ранее отмахнулся как от фантазий. Сексуальные преступления против женщин и детей, как выяснилось, действительно повсеместно распространены в нашем обществе. Самый сложный эпидемиологический опрос был проведен в начале 1980-х Дианой Расселл, социологом и активисткой движения за права человека. Более 900 женщин, отобранных методом случайной выборки, были подробно проинтервьюированы об их опыте домашнего насилия и сексуальной эксплуатации. Результаты оказались ужасающими. Каждая четвертая подверглась изнасилованию. Каждая третья стала объектом сексуальной эксплуатации в детстве⁷¹.

Вдобавок к документированию фактов повсеместно распространенного сексуального насилия феминистское движение предложило новую терминологию для понимания воздействия на личность посягательства на сексуальную неприкосновенность. Впервые вступив в общественную дискуссию об изнасиловании, женщины сочли необходимым утвердить очевидное: изнасилование — это насилие. Феминистки переопределили изнасилование как насильственное преступление, а не половой акт⁷². Эта упрощенная формулировка была предложена в противовес устоявшемуся мнению о том, что изнасилование исполняет сокровенные желания женщин: этот взгляд прежде превалировал во всех формах литературы, от популярной порнографии до академических учебников.

Феминистки также переопределили изнасилование как метод политического контроля, утверждающий подчиненное положение женщин с помощью ужаса. Писательница Сьюзан Браунмиллер, чей исторический трактат об изнасиловании сделал эту тему вопросом для публичного обсуждения, привлекла внимание к нему как средству поддержания власти мужчин:

«Открытие мужчины, что его гениталии могут служить оружием, вселяющим страх, должно входить в число самых важных открытий доисторических времен, наряду с умением пользоваться огнем и создавать первые примитивные орудия. Я полагаю, что с доисторических времен до наших дней изнасилование выполняло и продолжает выполнять важнейшую функцию. Это не что иное, как сознательный процесс запугивания, с помощью которого *все* мужчины держат *всех* женщин в состоянии страха»⁷³.

Женское движение не только повышало осознанность общественности в отношении изнасилования, но и инициировало новую социальную реакцию на тех, кто ему подвергся. Первый кризисный центр для жертв изнасилований открыл свои двери в 1971 году. Десять лет спустя сотни таких центров появились в разных уголках Соединенных Штатов. Организованные вне систем официальной медицины и психиатрии, эти стихийно создаваемые агентства предлагали практическую, юридическую и эмоциональную поддержку жертвам изнасилований. Волонтеры кризисных центров часто сопровождали их в больницы, полицейские участки и залы суда, отстаивая принцип оказания достойной и уважительной помощи, которой так отчаянно не хватало. Хотя их усилия часто встречали враждебностью и сопротивлением, они также служили источником вдохновения для женщин, работавших в этих институтах.

В 1972 году медсестра психиатрического отделения Энн Берджесс и социолог Линда Хольмстрем провели исследование психологических эффектов изнасилования. Они организовали круглосуточное дежурство, чтобы проводить беседы и консультации со всеми жертвами изнасилования, которые обращались в отделение неотложной помощи городской больницы Бостона. За год они приняли 92 женщины и 37 детей и описали паттерн психологических реакций, который называли «синдромом травмы изнасилования». Женщины переживали изнасилование как событие, угрожающее их жизни, как правило, опасаясь увечий и смерти во время нападения. Они особо отметили, что после изнасилования жертвы жаловались на бессонницу, тошноту, стартл-реакцию* и ночные кошмары, а также на диссоциативные симптомы и психическое онемение. И еще было замечено, что некоторые симптомы жертв изнасилований напоминали симптомы, прежде наблюдаемые у ветеранов военных действий⁷⁴.

Изнасилование было первоначальной парадигмой феминистского движения для обозначения насилия против женщин в сфере личной

* Усиленная реакция резкого испуга и вздрагивания.

жизни. По мере того как углублялось понимание этого феномена, изучение сексуальной эксплуатации прогрессировало и стало охватывать более сложные отношения, в которых смешивались насилие и близость. Первоначальный фокус на уличном насилии, совершаемом незнакомыми людьми, постепенно переместился на исследование изнасилований, совершаемых знакомыми женщины, на свиданиях и в браке. А изучение подвергшихся сексуальному насилию взрослых неизбежно привело к переоткрытию такого явления, как посягательства на сексуальную неприкосновенность детей.

Как и в случае с изнасилованием, стимул к работе с домашним насилием и сексуальной эксплуатацией детей был дан феминистским движением. Услуги по оказанию помощи жертвам были организованы вне традиционной системы психиатрии, часто с помощью женщин-профессионалов, вдохновленных этим движением⁷⁵. Первопроходческие исследования психологических эффектов виктимизации проводились женщинами, которые видели себя активными и преданными участницами этого движения. Так же как это случилось с изнасилованием, психологические исследования домашнего насилия и сексуальной эксплуатации детей привели к открытию заново синдрома психологической травмы. Психолог Ленор Уокер, составлявшая психологические описания женщин, бежавших в убежища, поначалу определяла то, что видела, как «синдром избитой женщины»⁷⁶. Мои собственные первоначальные психологические портреты переживших инцест, в сущности, повторяли наблюдения исследователей истерии конца XIX века⁷⁷.

Лишь после 1980 года, когда усилия ветеранов военных действий легитимизировали концепцию посттравматического стрессового расстройства, стало ясно, что психологический синдром, наблюдавшийся у тех, кто выжил после изнасилований, домашнего насилия и инцеста, в сущности, был аналогичен синдрому, наблюдавшемуся у выживших на войне. Последствия этого открытия так же ужасают сейчас, как ужасали столетие назад: подчиненное положение женщин поддерживается и укрепляется скрытым насилием со стороны мужчин. Идет война между полами. Жертвы изнасилований, побоев, подвергшиеся сексуальному насилию дети — ее военные потери. Истерия — боевой невроз войны полов.

Пятьдесят лет назад Вирджиния Вулф писала, что «общественный и частный миры неразрывно связаны... тирания и рабство одного — это тирания и рабство другого»⁷⁸. Теперь очевидно еще и то, что травмы одного мира — это травмы другого. Истерия у женщин и боевой невроз у мужчин суть одно и то же. Признание общности невзгод порой даже

позволяет преодолеть огромную пропасть, разделяющую общественную сферу войны и политики (мир мужчин) и частную сферу домашней жизни (мир женщин).

Будут ли эти открытия забыты снова? В настоящий момент исследования психологической травмы, похоже, надежно утвердились как легитимная сфера научного знания. Благодаря творческой энергии, подъем которой сопровождает возвращение подавленных идей, эта сфера разительно расширилась. Двадцать лет назад ее литературный капитал состоял из нескольких печатных томов, пылившихся в забытых уголках библиотеки. Ныне же каждый месяц приносит публикацию новых книг, новых исследовательских открытий, новых дискуссий в СМИ.

Но история учит нас, что это знание тоже может исчезнуть. Вне контекста политического движения развивать исследования психологических травм всегда было невозможно. Судьба этой сферы знания зависит от судьбы того же политического движения, которое вдохновляло и поддерживало ее в течение прошлого века. В конце XIX столетия целью этого движения было утверждение светской демократии. В начале XX века — отказ от войны. В конце XX века — освобождение женщин. Все эти цели остаются в силе. Все они, в конце концов, неразрывно связаны.

Глава 2

УЖАС

От психологической травмы страдают те, кто пережил беспомощность. В момент травмы жертву делает беспомощной превосходящая сила. Когда это сила природы, мы говорим о катастрофах. Когда это сила других людей, мы говорим о злодеяниях. Травмирующие события переворачивают привычные системы человеческих отношений, которые дарят людям чувство контроля, контакта и смысла.

Когда-то было принято считать, что такие события происходят нечасто. В 1980 году, когда посттравматическое стрессовое расстройство было впервые включено в диагностическую номенклатуру, Американская психиатрическая ассоциация описывала травмирующие события как «выходящие за рамки обычного человеческого опыта»¹. Как ни печально, это определение оказалось неточным.

Изнасилование, избиение и другие формы сексуального и домашнего насилия — настолько обыденная часть жизни женщин, что их едва ли можно назвать выходящими за рамки обычного человеческого опыта. А учитывая число людей, убитых в войнах за последнее столетие, боевая психическая травма тоже должна считаться обычной частью человеческого опыта; только счастливики могут счесть ее необычной.

Травмирующие события экстраординарны не потому, что происходят редко, а скорее потому, что сильнее обычных человеческих способов адаптации к жизни. В отличие от простых несчастий травмирующие события, как правило, включают угрозы жизни или физическому здоровью или близкую встречу с насилием и смертью. Они сталкивают людей с экстремальными чувствами беспомощности и ужаса и вызывают катастрофические реакции. Согласно «Полному учебнику психиатрии», общим знаменателем психологической травмы является

чувство «сильного страха, беспомощности, потери контроля и угрозы уничтожения»².

Острота травмирующих событий не может измеряться каким-то одним мерилом; упрощенные попытки загнать травму в рамки количественного выражения в конечном счете ведут к бессмысленным сравнениям степени ужаса. Тем не менее определенные виды опыта, поддающиеся классификации, увеличивают вероятность негативных последствий. В том числе моменты, когда человек оказывается застигнут врасплох, загнан в ловушку или подвергается травмирующему воздействию вплоть до изнеможения³. Вероятность негативных последствий также увеличивается, если травмирующие события включают физическое насилие, крайнюю жестокость или свидетельство смерти⁴. В каждом случае важной характеристикой травмирующего события является его способность вызывать беспомощность и ужас.

Ответ обычного человека на опасность — это сложная интегрированная система реакций, затрагивающих и тело, и разум. Угроза вначале возбуждает симпатическую нервную систему, заставляя человека, подвергающегося опасности, ощутить прилив адреналина и войти в состояние боевой готовности. Угроза также концентрирует внимание человека на текущей ситуации. Вдобавок она может изменять восприятие: люди в состоянии опасности часто способны не обращать внимания на голод, усталость или боль. Эти изменения в механизмах возбуждения, внимания, восприятия и эмоций — нормальные адаптивные реакции. Они мобилизуют человека, оказавшегося под угрозой, для энергичных действий, направленных на борьбу или бегство.

Травматические реакции возникают, когда действовать бесполезно. Когда ни сопротивление, ни бегство невозможны, человеческая система самозащиты перегружается и дезорганизуется. Каждый компонент обычной реакции на опасность, утратив свою полезность, продолжает еще долго существовать в измененном и преувеличенном состоянии после того, как реальная опасность исчезнет. Травмирующие события вызывают глубокие и долговременные изменения в физиологическом возбуждении нервной системы, эмоциях, когнитивных процессах и памяти. Более того, травмирующие события могут отсекают эти взаимосвязанные в нормальных обстоятельствах процессы друг от друга. Переживший травмирующий опыт человек может ощущать сильные эмоции, но не сохранять четких воспоминаний о травмирующем событии — или, наоборот, помнить все в подробностях, но не испытывать эмоций. Он может пребывать в постоянном состоянии настороженности и раздражительности, не понимая его причин. У травматических симптомов есть

тенденция отрываться от своего источника и начинать самостоятельную жизнь.

Такого рода фрагментация, при которой травма разрывает сложную систему самозащиты, в норме функционирующую в интегрированном режиме, занимает центральное место в исторических наблюдениях посттравматического стрессового расстройства. Столетие назад Жане называл патологию, составляющую суть истерии, «диссоциацией»: люди с истерией теряли способность интегрировать воспоминания о сокрушительных жизненных событиях.

С помощью осторожных исследовательских методов, включавших гипноз, Жане демонстрировал, что травматические воспоминания сохранялись у пациенток в аномальном состоянии, отделенные от «обычного» сознания. Он полагал, что разрыв нормальных связей между воспоминаниями, знанием и эмоциями был результатом сильных эмоциональных реакций на травмирующие события. Жане писал о «растворяющем» воздействии сильных эмоций, которое выводило из строя «синтезирующую» функцию сознания⁵.

Спустя пятьдесят лет Абрам Кардинер описал главную патологию невроза военного времени похожими словами. Когда человек охвачен ужасом и беспомощностью, *«весь аппарат для согласованной, скоординированной и целенаправленной деятельности оказывается разбит вдребезги*. Восприятие становится неточным и пропитывается ужасом, координирующие функции оценки и поиска различий отказывают... органы чувств могут даже прекратить функционирование... Агрессивные импульсы становятся дезорганизованными и не связанными с текущей ситуацией... Функции автономной нервной системы тоже могут оказаться рассинхронизованными с остальными системами организма»⁶.

Травмированные люди чувствуют себя и действуют так, словно их нервная система отключилась от настоящего. Поэт Роберт Грейвз вспоминает, что в мирной жизни продолжал реагировать так, будто снова оказался в окопах Первой мировой войны:

«Я по-прежнему был умом и телом организован для войны. Снаряды продолжали взрываться в моей постели посреди ночи, несмотря на то, что со мной ее делила Нэнси; незнакомцы посреди бела дня обретали лица убитых друзей. Когда я достаточно окреп, чтобы подняться на гору за Харлехом и навестить свое любимое место, я не мог не оценивать его как потенциальное место для сражения»⁷.

Многочисленные симптомы посттравматического стрессового расстройства делятся на три основные категории. Они носят названия «перевозбуждение», «интрузия», или «вторжение», и «избегание»^{*}. Перевозбуждение отражает устойчивое ожидание опасности; интрузия воспроизводит неизгладимый отпечаток травмирующего момента; избегание выражает реакцию психического онемения и капитуляции.

Перевозбуждение

После травмирующего переживания человеческая система самосохранения как бы переходит в режим постоянной бдительности, словно опасность может вернуться в любой момент. Физиологическое возбуждение длится непрерывно. В этом состоянии перевозбуждения, которое является первым основным симптомом посттравматического стрессового расстройства, травмированный человек легко вздрагивает, раздраженно реагирует на незначительные провокации и плохо спит. Кардинер предположил, что «ядро [травматического] невроза — это *физионевроз*»⁸. Он считал, что многие симптомы, наблюдавшиеся у ветеранов Первой мировой войны, — реакция вздрагивания, сверхбдительность, постоянное ожидание возвращения опасности, ночные кошмары и психосоматические нарушения — можно понимать как результат хронического возбуждения вегетативной нервной системы. Он также интерпретировал раздражительность и агрессивное поведение травмированных мужчин как дезорганизованные фрагменты реакции «бей или беги»^{**}.

Рой Гринкер и Джон Шпигель тоже заметили, что пострадавшие от психологической травмы солдаты Второй мировой войны «похоже, страдают хронической стимуляцией симпатической нервной системы... Экстренные психологические реакции тревожности и физиологической готовности... накладывались друг на друга и становились не эпизодическими, а почти непрерывными... В итоге солдат удаляется из стрессовой среды, и спустя некоторое время его тревожность снижается. Но физиологические процессы продолжают действовать и становятся неадаптивными для обычной жизни»⁹.

^{*} В английском термине *constriction* легче прочитывается смысл редукции, сужения опыта.

^{**} Реакция «бей или беги» — комплексная, в норме адаптивная, связанная в том числе с древними отделами головного мозга реакция на ситуации опасности, призванная помочь выжить.

После войны во Вьетнаме исследователи смогли подтвердить эти гипотезы, документируя изменения в физиологии симпатической нервной системы у травмированных мужчин. Психиатр Лоуренс Колб, например, давал ветеранам Вьетнама слушать в записи звуки боя. У людей с ПТСР повышался пульс и артериальное давление. Многие приходили в такое смятение, что просили прекратить эксперимент. Ветераны, не страдающие посттравматическим стрессовым расстройством, а также те, кто не участвовал в боях, могли слушать записи боя без эмоционального дистресса и существенных физиологических реакций¹⁰.

Широкий спектр похожих исследований демонстрирует, что психофизиологические изменения при посттравматическом стрессовом расстройстве одновременно обширны и долгосрочны. Пациенты страдают от сочетания симптомов генерализованной тревожности и специфических страхов¹¹. У них отсутствует базовый уровень бдительного, но расслабленного внимания. Вместо него есть повышенный уровень возбуждения: их тела всегда остаются настороже в ожидании опасности. У них также проявляется экстремальная реакция вздрагивания на неожиданные стимулы, равно как и сильная реакция на конкретные стимулы, ассоциирующиеся с травмирующим событием¹². Кроме того, похоже, что травмированные люди не могут «отключаться» от повторяющихся стимулов, которые другие сочли бы немного раздражающими; скорее они реагируют на каждое повторение стимула так, как если бы оно было новым и потенциально опасным¹³. Повышенное возбуждение сохраняется во время сна так же, как и в период бодрствования, что приводит к многочисленным вариациям расстройства сна. Пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством дольше засыпают, более чувствительны к шуму и чаще, чем обычные люди, просыпаются по ночам. Таким образом, похоже, что травмирующие события перестраивают нервную систему человека¹⁴.

Интрузия

После того как опасность миновала, травмированные люди еще долго переживают событие заново, словно оно постоянно повторяется в настоящем. Они не могут возобновить нормальное течение своей жизни, поскольку травма то и дело прерывает его. Время для них словно останавливается в момент травмы. Травмирующий эпизод кодируется в аномальной форме памяти, которая спонтанно прорывается в сознание в виде флешбэков в периоды бодрствования и травматических кошмаров по ночам.

Мелкие, казалось бы, незначительные напоминающие травму детали тоже могут пробуждать эти воспоминания, которые часто возвращаются со всей яркостью и эмоциональностью изначального события. Таким образом, даже обычно безопасная среда может ощущаться как источник опасности, поскольку пережившие травму никак не могут быть уверены, что не столкнутся с тем или иным напоминанием о ней.

Травма останавливает ход нормального развития своим постоянным вторжением в жизнь выживших. Жане писал, что его пациентками с истерией управляет некая «идея фикс». Фрейд, пытаясь осмыслить многочисленные свидетельства неврозов военного времени после Первой мировой войны, замечал: «Пациент, можно сказать, фиксирован на травме... Это вызывает у нас слишком мало изумления»¹⁵. Кардинер описывал «фиксацию на травме» как одну из основных черт боевого невроза. Отмечая, что травматические кошмарные сны могут повторяться в неизменном виде годами, он описывал повторяющиеся ночные кошмары как «один из наиболее характерных и в то же время загадочных феноменов, с которыми мы сталкиваемся, имея дело с этим заболеванием»¹⁶.

Травматические воспоминания обладают рядом нетипичных свойств. В отличие от обычных воспоминаний у взрослых людей они не закодированы в памяти как привычный вербальный, линейный нарратив, встроенный в непрерывно разворачивающуюся жизненную историю. Жане так объяснил это различие:

«[Нормальное воспоминание], как и все психологические феномены, — это действие; в сущности, это действие-рассказывание истории... Ситуация не будет разрешена удовлетворительно... пока мы не добьемся не только внешней реакции с помощью действий, но и внутренней реакции с помощью слов, которые адресуем самим себе, пока не организуем пересказ события другим людям и самим себе и не определим этот рассказ как часть нашей личной истории... Следовательно, строго говоря, о том, кто сохраняет фиксированное представление о событии, нельзя сказать, что у него есть “воспоминание”... мы называем это “травматическим воспоминанием” только ради удобства»¹⁷.

Застывшая и бессловесная природа травматических воспоминаний отражена в созданном Дорис Лессинг словесном портрете ее отца, ветерана Первой мировой войны, который считал себя счастливым, лишившись лишь одной ноги, в то время как остальные солдаты его воинской части потеряли жизнь в окопах Пашендаля:

«Его детские и юношеские воспоминания оставались текучими, копились, росли, как делают живые воспоминания. Но военные воспоминания застыли в историях, которые он рассказывал снова и снова, одними и теми же словами, с одними и теми же жестами, одинаковыми выражениями... Эта темная его часть, где правил рок, где не было ничего истинного, кроме ужаса, выражалась невнятно, краткими, горькими восклицаниями ярости, недоверия, предательства»¹⁸.

В травматических воспоминаниях отсутствуют вербальный нарратив и контекст; скорее они закодированы в форме ярких ощущений и образов¹⁹. Роберт Джей Лифтон, который изучал людей, переживших Хиросиму, катастрофы военную и гражданскую, описывает травматическое воспоминание как «нестираемый образ» или «отпечаток смерти»²⁰. Часто переживание «крайнего ужаса», по выражению Лифтона, кристаллизуется в один постоянный набор образов. Сосредоточенность на фрагментарном ощущении, на образе без контекста придает травматическому воспоминанию усиленное ощущение реальности. Тим О'Брайен, ветеран войны во Вьетнаме, описывает одно такое травматическое воспоминание:

Предупреждение о триггерах СЦЕНЫ ВОЙНЫ. ПОЛЕ БОЯ

«Я помню белую кость его руки. Я помню куски кожи и что-то мокрое и желтое, вероятно внутренности. Ужасное было месиво — никак не избавиться от воспоминаний об этом зрелище. Будит же меня по прошествии двадцати лет Дэйв Дженсен, поющий Lemon Tree*, пока мы скидываем вниз части тела»²¹.

Преобладанием образов и телесных ощущений, отсутствием вербального нарратива травматические воспоминания напоминают воспоминания маленьких детей²². Более того, исследования, проводимые с детьми, предоставляют наиболее четкие примеры травматических воспоминаний. Изучая 20 детей с подтвержденными историями ранней травмы, психиатр Ленор Терр выяснила, что никто из них не мог дать словесного описания событий, происходивших до того, как им исполнилось два с половиной года. Тем не менее эти переживания были прочно закодированы в памяти. Восемнадцать из этих двадцати детей демонстрировали признаки травматических воспоминаний в своем поведении и играх. У них

* Lemon Tree — песня, написанная фолк-исполнителем Уиллом Холтом в конце 50-х и исполненная многими популярными исполнителями в 60-х. (Прим. ред.)

были специфические страхи, связанные с травмирующими событиями, они могли воспроизвести эти события в игре с выдающейся точностью. Например, ребенок, подвергавшийся сексуальному насилию со стороны бэбиситтера в первые два года жизни, в пять лет не мог вспомнить ни самого совершавшего насилие, ни его имени. Более того, он отрицал, что что-либо знает или помнит о случаях растления. Но в своей игре он разыгрывал сцены, которые точно воспроизводили порнографический фильм, снятый его бэбиситтером²³. Эта в высшей степени визуальная и постановочная форма воспоминаний, нормальная для маленьких детей, похоже, активизируется и у взрослых в обстоятельствах всепоглощающего ужаса.

Эти необычные черты травматических воспоминаний могут опираться на изменения в центральной нервной системе. Широкий спектр экспериментов на животных показывает, что, когда в крови присутствует высокое содержание адреналина и других гормонов стресса, воспоминания запечатляются особенно глубоко²⁴. То же может происходить и у людей. Психиатр Бессел ван дер Колк выдвинул предположение, что в состояниях сильного возбуждения симпатической нервной системы лингвистическое кодирование памяти неактивно, и центральная нервная система вновь прибегает к сенсорным и образным формам памяти, преобладающим в начале жизни²⁵.

Как травматические воспоминания не похожи на обычные воспоминания, так и травматические сновидения не похожи на обычные сны. В том, что касается формы, эти сновидения имеют много общего с травматическими воспоминаниями, всплывающими в состоянии бодрствования. Они часто включают фрагменты травмирующего события в точной форме, почти или совсем без домысливания. Зачастую повторяются одни и те же сны. Человек ощущает их с ужасающей правдоподобностью, как происходящие в настоящем времени. Небольшие, кажущиеся незначительными стимулы в окружающей среде, возникающие во время этих сновидений, могут восприниматься как сигналы о враждебном нападении, вызывая агрессивные реакции. Также травматические кошмарные сны могут возникать на тех стадиях сна, во время которых люди обычно не видят сновидений²⁶. Таким образом, во сне, как и наяву, травматические воспоминания, похоже, опираются на измененную нейрофизиологическую организацию.

Травмированные люди заново переживают момент травмы не только в мыслях и сновидениях, но и в действиях. Воспроизведение травмирующих сцен очевиднее всего в повторяющейся игре детей. Терр проводит различие между нормальной игрой и «запретными играми» детей, которые были травмированы:

«Повседневная игра детства... свободна и легка. Она энергична и легкомысленна, в то время как игра, порожденная травмой, мрачна и монотонна... Когда игра вдохновлена травмой, ее нелегко остановить. И она может не изменяться со временем. В противоположность обычной детской игре посттравматическая игра обсессивно повторяется... Посттравматическая игра настолько буквальна, что, увидев ее, можно угадать конкретную травму, почти не имея других подсказок»²⁷.

Взрослые, так же как дети, часто ощущают тягу к воссозданию момента ужаса в явной либо неявной форме. Иногда люди вновь воспроизводят травмирующий эпизод в надежде изменить исход столкновения с опасностью. В попытках «отменить» травмирующий момент выжившие могут даже подвергать себя риску повторного ущерба. Некоторые реконструкции бывают сознательно выбранными. Пережившая изнасилование Сохалия Абдулали описывает свою решимость вернуться на место получения травмы так:

Предупреждение о триггерах СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

«Мне всегда было ненавистно ощущение, что кто-то мной воспользовался. Когда это случилось, я была в таком уязвимом возрасте — семнадцать лет, — что мне пришлось доказывать себе, что они меня не сломают. Парни, которые насиловали меня, говорили: «Если мы когда-нибудь снова встретим тебя здесь одну, мы тебя убьем». И я им верила. Так что мне всегда немного страшно ходить по тому переулку, потому что я боюсь, что увижу их. Более того, никто из моих знакомых не станет ходить в одиночку по этому переулку в темное время суток, потому что это небезопасно. На людей там нападают, что, безусловно, представляет угрозу. Однако в глубине души у меня есть ощущение, что, если я не буду там ходить, это будет значить, что они добились своего. И поэтому я буду ходить по этому переулку даже больше, чем другие люди»²⁸.

Чаше находящиеся под влиянием травмирующего опыта люди воспроизводят какой-то аспект травмы, не осознавая, что делают. Пережившая инцест Шэрон Саймон рассказывает, как осознала связь между своим опасным, рискованным поведением и историей сексуального насилия в детстве:

«Пару месяцев я любила посоревноваться с водителями на шоссе и в итоге попала в аварию. Мужчина, водитель грузовика, пытался меня подрезать, и я вдруг произнесла в очень грубой форме: *да вот хрен ты сунешь свой член на мою полосу*. Ни с того ни с сего! Бум! Это было очень странно.

У меня на самом деле не было никаких проблем, связанных с инцестом. Я смутно подозревала, что что-то такое было, и понимала, что должна с этим разобраться, но мне не хотелось. Во мне просто было много злости на мужчин. В общем, я позволила тому мужику в меня врезаться, и за этим последовала поистине чудовищная сцена. Когда я вылезла из машины, я просто не владела собой, только орала на этого мужика. Я не рассказывала об этом своему психотерапевту, молчала около шести недель — просто убрала эту историю в долгий ящик. А когда все же рассказала, она вступила со мной в конфронтацию, сказав, что это очень опасно. И мы заключили договоренность, что я буду разбираться со своими проблемами с мужчинами»²⁹.

Не все воспроизведения аспектов травмирующего опыта опасны. Более того, некоторые из них адаптивны. Выжившие могут найти способ интегрировать реконструируемые переживания в свою жизнь в сдержанной, даже социально полезной манере. Ветеран боевых действий Кен Смит рассказывает, как сумел воссоздать некоторые аспекты своих военных переживаний в мирной жизни:

«Я пробыл во Вьетнаме 8 месяцев, 11 дней, 12 часов и 45 минут. Такие вещи запоминаются. Я помню это точно. Я вернулся домой совсем не тем человеком, каким уезжал. Я пошел работать санитаром, и эта работа принесла мне значительное удовлетворение. Это было почти продолжение того, что я делал во Вьетнаме, но как бы в уменьшенном масштабе. Не было огнестрельных ран, ожоговых травм, я не видел сквозных ранений груди, оторванных конечностей, осколочных ранений. Я видел много экстренных медицинских ситуаций, много диабетических госпитализаций, много пожилых пациентов. Время от времени случались вызовы на автомобильные аварии, и это было самое то. Я включал сирену и знал, что еду на дело, и адреналиновый выплеск, бегущий по моему телу, придавал мне энергии для следующих ста вызовов»³⁰.

Поскольку компульсия повторения, казалось, попирала любые сознательные намерения и решительно сопротивлялась переменам, Фрейд отчаялся найти для нее какое-то адаптивное, жизнеутверждающее объяснение и в результате был вынужден прибегнуть к концепции «инстинкта смерти». В реконструкциях травмирующего опыта есть что-то зловещее. Даже когда они делаются сознательно, в них присутствует ощущение подневольности. Даже когда они не опасны, в них присутствует некая цепкость

и они будто управляют человеком. Фрейд называл это повторяющееся вторжение травмирующих переживаний «компульсивным повторением». Он первым концептуализировал его как попытку одержать верх над травмирующим событием. Но это объяснение его не удовлетворило. Оно не смогло передать то, что Фрейд называл «демоническим» качеством воспроизведения пугающего опыта*. Поскольку компульсивное поведение, казалось, попирало любые сознательные намерения и решительно сопротивлялось переменам, Фрейд отчаялся найти для него какое-то адаптивное, жизнеутверждающее объяснение и в результате был вынужден прибегнуть к концепции «влечения к смерти»³¹.

Большинство теоретиков отвергают это манихейское** объяснение, соглашаясь с первоначальной формулировкой Фрейда. Они выдвигают предположение, что повторяющееся воспроизведение травмирующего переживания должно представлять собой спонтанную безуспешную попытку исцеления. Жане говорил о потребности человека «ассимилировать» и «ликвидировать» травмирующее переживание: когда эта цель достигнута, возникает чувство «триумфа». В своем выборе терминов Жане неявно признавал, что переживание чувства беспомощности — главный оскорбляющий аспект травмы и что этот ущерб может быть возмещен, когда будут восстановлены чувство эффективности, способности действовать и власти. Человек, который был травмирован, полагал он, «продолжает сталкиваться с трудной ситуацией, той, в которой он не смог сыграть удовлетворяющую его роль, той, в которой его адаптация оказалась несовершенной, так что он продолжает совершать попытки адаптироваться»³².

Более современные теоретики также концептуализируют феномены интрузии, в том числе воспроизведение аспектов травмирующего опыта, как спонтанные попытки интегрировать травмирующее событие. Психиатр Марди Горовиц постулирует «принцип завершения», который «воплощает врожденную способность человеческого сознания обрабатывать новую информацию с целью обновить внутренние схемы своего «я» и мира». Травма по определению разбивает эти «внутренние схемы» на части. Горовиц предполагает, что неассимилированные травматические переживания хранятся в особого рода «активной памяти», которая обладает «внутренней тенденцией повторять репрезентацию содержания».

*Reenactment (англ.), имеется в виду реконструкция, или воспроизведение, травмы или ее аспектов.

**Манихейство — синкретическое религиозное учение, основанное Мани в III веке н. э., в основе которого лежит дуалистическое учение о борьбе добра и зла как изначальном принципе бытия. (Прим. ред.)

Травма может быть завершена лишь тогда, когда переживший ее создаст новую мысленную «схему» для понимания случившегося³³.

Психоаналитик Пол Расселл считает движущей силой компульсивного повторения эмоциональную, а не когнитивную составляющую опыта травмы. Воспроизводится то, «что человеку необходимо чувствовать, чтобы залечить рану». Он видит в компульсивном воспроизведении попытку заново пережить затапливающие чувства травмирующего момента и взять власть над ними³⁴. Преобладающим незавершенным чувством может быть ужас, бессильная ярость или просто недифференцированный адреналиновый выброс в минуту смертельной опасности.

Реконструкция травмы может предложить возможность для овладения этими чувствами, но большинство пострадавших не ищут этой возможности сознательно и не радуются ей. Наоборот, они опасаются ее. Проживание заново травмирующего переживания в любой форме — интрузивных воспоминаний, сновидений или действий — несет в себе эмоциональную напряженность изначального события. Переживших травмирующий опыт постоянно бомбардируют ужас и ярость. Эти эмоции качественно отличаются от обычных страха и гнева. Они выходят за рамки обычного эмоционального опыта и выше обычных человеческих способностей выносить чувства.

Поскольку реконструирование травмирующего переживания провоцирует столь сильный эмоциональный дистресс, травмированные люди изо всех сил стараются этого избежать. Стремление как можно сильнее отстраниться от интрузивных симптомов, пусть и происходящее из желания защитить себя, еще больше усугубляет посттравматический синдром, поскольку попытки избежать проживания травмы заново слишком часто приводят к сужению сознания, уходу от социального взаимодействия и обеднению жизни.

Избегание

Когда человек совершенно бессилен и любая форма сопротивления тщетна, он может войти в состояние полной капитуляции. Система самозащиты полностью отказывает. Лишенный возможности влиять на ситуацию человек покидает ее не с помощью действий в реальном мире, а изменяя состояние сознания. Аналогичные состояния наблюдаются у животных, которые иногда застывают на месте в момент нападения на них. Это реакция пойманной добычи на хищника или поверженного в бою на победителя.

Предупреждение о триггерах СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Вот как описывает свой опыт состояния капитуляции женщина, пережившая изнасилование: «Вы когда-нибудь видели, как кролик застывает в свете фар, когда вы ночью едете по дороге? Как вкопанный: словно он знал, что с ним случится. То же произошло и со мной»³⁵. Ей вторит другая выжившая: «Я не могла кричать. Не могла пошевелиться. Я была парализована... точно тряпичная кукла»³⁶.

Эти изменения сознания занимают центральное место в избегании, или онемении*, третьем кардинальном симптоме посттравматического стрессового расстройства. Иногда ситуации неизбежной опасности могут вызывать не только ужас и ярость, но и, как ни парадоксально, состояние отстраненного спокойствия, в котором ужас, ярость и боль растворяются. События продолжают регистрироваться сознанием, но словно теряют связь со своим обычным смыслом. Восприятие может притупляться или искажаться, сопровождаясь частичной анестезией или потерей определенных ощущений. Меняется ощущение времени, часто появляется эффект замедленной съемки, и переживаемый опыт может потерять качество обычной реальности. Человеку может казаться, что это событие происходит не с ним, словно он наблюдает за происходящим не из своего тела, или это все дурной сон, от которого он вскоре очнется. Эти изменения восприятия сочетаются с чувством безразличия, эмоциональной отстраненности и глубокой пассивности, в которой человек прекращает всякую борьбу. Это измененное состояние сознания можно рассматривать как одну из маленьких милостей природы — защиты от нестерпимой боли.

Предупреждение о триггерах СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Вот как описывает его пережившая изнасилование женщина: «В тот момент я покинула свое тело. Я находилась где-то рядом с кроватью, наблюдая за происходящим... Я отделилась от чувства беспомощности. Я стояла рядом с собой, а на кровати была только оболочка... было только ощущение равнодушия. Я просто там была. Когда я представляю себе эту комнату, я вижу ее не из постели. Я смотрю на постель со стороны. Оттуда я на все и смотрела»³⁷.

* Онемение (англ. numbing) — речь идет о «психическом онемении», или «эмоциональной анестезии».

Ветеран Второй мировой войны сообщает о похожем опыте:

«Как и большинство «четвертых»*, я оставался бесчувственным, в состоянии раздвоения личности. Есть состояние... которое мы называли «взглядом двухтысячелетнего». Это вид больного под анестезией, расширенные, пустые глаза человека, которому уже все равно. Этого состояния я еще не достиг, но онемение чувств было полным. Казалось, что на самом деле я не был в бою»³⁸.

Эти отстраненные состояния сознания напоминают гипнотический транс. У них есть общие черты — передача волевого действия, торможение проявления инициативы и критического суждения, чувство отстраненности или спокойствия, усиленное восприятие образов, изменение чувствительности, включая притупление ощущений и анальгезию, и искажения реальности, в том числе деперсонализация, дереализация и изменения в ощущении времени³⁹. В то время как усиленное восприятие, возникающее во время травмирующих событий, напоминает феномены гипнотического транса, симптомы онемения напоминают комплементарный феномен гипнотической диссоциации⁴⁰.

Жане думал, что способность его пациенток с истерией впасть в состояние транса является свидетельством психопатологии. Более поздние исследования продемонстрировали, что, хотя способность входить в гипнотические состояния у разных людей варьируется, транс — нормальное свойство человеческого сознания⁴¹. Травмирующие события служат мощными активаторами состояния транса⁴². Как указывает психиатр Дэвид Шпигель, «воистину было бы удивительно, если бы люди не использовали эту способность спонтанно, чтобы уменьшать восприятие боли во время острой травмы»⁴³. Но если люди обычно входят в состояние гипноза в контролируемых условиях и по собственному желанию, то состояния травматического транса возникают неконтролируемо, обычно без сознательного выбора.

Биологические факторы, лежащие в основе этих измененных состояний (как гипнотического транса, так и травматической диссоциации), остаются загадкой. Психолог Эрнест Хильгард рассуждает о том, что действие гипноза, «возможно, имеет сходство с действием морфина»⁴⁴. Применение гипноза в качестве замены опиатов для обезболивания из-

* 4-я пехотная дивизия США — воинское соединение армии США. Участвовала в сражениях Второй мировой на западноевропейском театре военных действий. (Прим. ред.)

вестно давно. И гипноз, и морфин вызывают диссоциативное состояние, в котором восприятие боли и нормальная эмоциональная реакция на боль прекращаются. И гипноз, и опиаты уменьшают дистресс от некупируемой боли, не отменяя самого ощущения. Психиатры Роджер Питман и ван дер Колк, демонстрировавшие устойчивые изменения в восприятии боли у ветеранов боевых действий с диагностированным посттравматическим расстройством, полагают, что травма может вызывать в организме долговременные изменения системы регуляции эндогенных опиоидов, которые являются природными веществами, оказывающими то же воздействие на центральную нервную систему, что и опиаты⁴⁵.

Люди с опытом травмы, не способные к спонтанной диссоциации, могут добиться схожего эффекта онемения, используя спиртное или наркотики. Наблюдая поведение солдат в военное время, Гринкер и Шпигель выяснили, что уровень пьянства в части усиливался пропорционально потерям; употребление спиртного солдатами выглядело как попытка избавиться от растущего ощущения беспомощности и ужаса⁴⁶. Очевидно, что травмированные люди сильно рискуют усугубить свои трудности развитием зависимости от алкоголя или других наркотических веществ. Психолог Жозефина Кард в своем исследовании ветеранов Вьетнама и их гражданских сверстников продемонстрировала, что мужчины с ПТСР гораздо чаще злоупотребляли наркотическими веществами и лечились от проблем с алкоголизмом или наркоманией после возвращения с войны⁴⁷. В другом исследовании ста ветеранов боевых действий с острым посттравматическим стрессовым расстройством Герберт Хендин и Энн Хаас отмечали, что у 85% после возвращения к мирной жизни развились серьезные проблемы с наркотиками и алкоголем. Только 7% злоупотребляли алкоголем до войны. Эти мужчины использовали наркотики и спиртное, пытаясь контролировать свои симптомы перевозбуждения и интрузии: бессонницу, кошмарные сны, раздражительность и вспышки ярости. Однако злоупотребление наркотическими веществами в конечном счете усугубляло их трудности и еще больше отчуждало от других людей⁴⁸. Самое обширное и всеобъемлющее исследование из всех, Национальное исследование реадaptации ветеранов Вьетнама, сообщило о почти идентичных открытиях: у 75% мужчин с ПТСР развивались проблемы со злоупотреблением алкоголем или зависимостью⁴⁹.

Хотя диссоциативные изменения в сознании или даже интоксикация могут быть адаптивными в момент полной беспомощности, они становятся неадаптивными после того, как опасность миновала. Поскольку эти измененные состояния держат травмирующий опыт отдельно от обычного сознания, они препятствуют интеграции, необходимой для исцеле-

ния. К сожалению, состояния избегания или диссоциации, как и другие симптомы посттравматического синдрома, оказываются на удивление устойчивыми. Лифтон уподоблял «психическое онемение», обнаруживаемое повсеместно у людей, переживших катастрофы и войны, «параличу сознания»⁵⁰.

Симптомы избегания, как и интрузивные симптомы, были впервые отмечены и описаны в сфере памяти. Жане отмечал, что посттравматическая амнезия является следствием «сужения поля сознания», которое не дает болезненным воспоминаниям проникать в обычную осознанность. Его пациентки с истерией, находясь в состоянии гипнотического транса, могли воспроизводить диссоциированные события с исключительной подробностью. Например, пациентка Ирен говорила, что не помнит ничего из двухмесячного периода, окружавшего смерть ее матери. В трансе же она была способна воспроизвести все мучительные события этих двух месяцев, включая и сцену смерти, так, как если бы они происходили в настоящем⁵¹.

Кардинер также признавал, что процесс избегания удерживает травматические воспоминания вне поля сознания, позволяя лишь небольшому фрагменту этих воспоминаний возникать в виде интрузивного симптома. Он приводит в пример случай ветерана ВМС, который жаловался на потерю чувствительности и ощущений боли и холода в теле ниже пояса. Этот пациент отрицал какие бы то ни было травмирующие переживания во время войны. Однако в ходе настойчивых расспросов без официального применения гипноза он вспомнил, как его судно пошло ко дну и ему пришлось провести долгие часы в ожидании спасения в ледяной воде, но он утверждал, что у него не было какой-то особой эмоциональной реакции на это событие. Однако, когда Кардинер проявил упорство, пациента охватили возбуждение, гнев и испуг:

«Ему было указано на сходство между симптомами, на которые он жаловался... и погружением в холодную воду ниже пояса. Он признал, что, когда закрывает глаза и *позволяет себе задуматься* о своих нынешних ощущениях, ему по-прежнему представляется, как он цеплялся за свой наполовину затонувший спасательный плот. Затем он сказал, что в то время, когда он цеплялся за плот, его ощущения были крайне болезненными и что в тот момент он больше ни о чем не думал. Он также вспомнил, что несколько его товарищей потеряли сознание и утонули. Очевидно, что пациент в значительной мере был обязан жизнью своей сосредоточенности на болезненных ощущениях, вызванных холодной водой. Так что его симптом представлял собой... воспроизведение изначальных ощущений, вызванных погружением в воду»⁵².

В этом случае процесс избегания привел не к полной амнезии, а к формированию усеченного воспоминания, лишённого эмоций и смысла. Пациент не «позволял себе задуматься» о значении своего симптома, поскольку сделать это значило бы вернуть всю боль, ужас и ярость, испытанные в результате того, что он сам едва сумел избежать смерти и был свидетелем смертей своих товарищей. Это добровольное подавление мыслей, связанных с травмирующим событием, так же характерно для людей, переживших травму, как и менее осознанные формы диссоциации.

Симптомы избегания при травматическом неврозе затрагивают не только мысли, воспоминания и состояния сознания, но и всю сферу целенаправленного действия и проявления инициативы. В попытке обрести какое-то ощущение безопасности и возможность контролировать всепроникающий страх находящиеся под влиянием травмирующего опыта люди ограничивают свою жизнь.

Две женщины, пережившие изнасилования, рассказывают, как изменилась их жизнь после травмы:

«Мне было страшно ходить куда-то одной... Я чувствовала себя слишком незащищенной и слишком напуганной и поэтому перестала что-либо делать... Я просто сидела дома, и мне было страшно»⁵³.

«Я остригла свои волосы. Мне не хотелось казаться мужчинам привлекательной... Я просто хотела некоторое время выглядеть бесполой, потому что мне казалось, что так будет безопаснее»⁵⁴.

Ветеран войны Кен Смит рассказывает, как создавал рациональные объяснения избеганию, проявившемуся у него после войны, так что долгое время он сам не понимал, в какой степени им управляет страх:

«Я работал исключительно с полуночи до восьми утра или с одиннадцати вечера до семи. Никогда не понимал почему. Я всячески старался бодрствовать по ночам, потому что у меня был пунктик насчет *страха перед ночью*. Теперь я это знаю, тогда не знал. Я оправдывал это тем, что ночью, мол, меньше начальства и больше свободы, мне не приходится слушать всякую ерунду про политику, никто меня не трогает, никто не мешает спокойно жить»⁵⁵.

Симптомы избегания также препятствуют ожиданию и планированию будущего. Гринкер и Шпигель заметили, что солдаты в военное время реагировали на потери и ранения в своих частях снижением уверенности

в собственной способности составлять планы и брать на себя инициативу, усилением суеверий и магического мышления. Они больше полагались на счастливые талисманы и предзнаменования⁵⁶. Терр, изучавшая детей, ставших жертвами похищений, писала о том, как впоследствии эти дети начинали верить, что похищениям предшествовали какие-либо дурные знамения, предупреждавшие их о травмирующем событии. Даже годы спустя эти дети продолжали выискивать предзнаменования, пытаясь защитить себя и получить указания на то, как им себя вести. Более того, после такого события у детей годами сохранялось укороченное ощущение будущего: когда их спрашивали, кем они хотят стать, когда вырастут, многие отвечали, что никогда не фантазируют и не составляют планов на будущее, поскольку считают, что умрут молодыми⁵⁷.

Избегая любых ситуаций, напоминающих о травмирующих событиях прошлого, или любых инициатив, включающих планирование будущего и риск, пережившие травму люди лишают себя этих новых возможностей успешного воплощения копинговых стратегий*, которые могли бы смягчить эффект травмирующего опыта. Поэтому симптомы избегания, хотя и могут представлять собой попытку защититься от сильных эмоциональных потрясений, требуют высокую цену за предоставляемую ими защиту. Они сужают сферу жизни, ухудшают ее качество и в конечном счете закрепляют эффекты травмирующего события.

Диалектика травмы

После переживания ситуации экстремальной опасности противоположные друг другу реакции интрузии и избегания начинают принимать колебательный характер. Эта диалектика противоположных психологических состояний, пожалуй, является самой характерной чертой посттравматических синдромов⁵⁸. Поскольку симптомы как интрузии, так и онемения не допускают интеграции травмирующего события, переходы между этими двумя крайними состояниями можно понимать как попытку найти удовлетворительный баланс между ними. Но именно баланса и недостает травмированному человеку. Он оказывается между двумя крайностями: амнезией и переживанием травмы заново; между навод-

*От *англ.* to cope — справляться, то есть речь идет о комплексных стратегиях «справления» с психологическими, физиологическими и социальными сложностями, задачами и вызовами в непростой, вызывающей у человека стресс, ситуации.

нением сильных чувств и состоянием полной нечувствительности; между раздражительным импульсивным действием и полным его подавлением. Нестабильность, вызванная этими периодическими переходами, дополнительно усиливает у переживших травму ощущение непредсказуемости и беспомощности⁵⁹. Поэтому диалектика травмы потенциально способна к самоподдерживанию.

С течением времени диалектика травмы претерпевает постепенную эволюцию. Поначалу интрузивная реконструкция травмирующего события преобладает, и человек постоянно остается в крайне возбужденном состоянии, в бдительном ожидании новых угроз. Интрузивные симптомы наиболее заметно проявляются в первые пару дней или недель после травмирующего события, в какой-то мере ослабевают в течение трех-шести месяцев, а затем постепенно сходят на нет. Например, в ходе масштабного опроса жертв преступлений люди, пережившие изнасилование, как правило, сообщали, что их самые тяжелые интрузивные симптомы ослабевали по истечении трех-шести месяцев, но они все еще испытывали страх и тревожность через год после нападения⁶⁰. Другое исследование выживших после изнасилования также обнаружило, что большинство (80%) продолжали жаловаться на интрузивные страхи по прошествии одного года⁶¹. Когда с другой группой переживших изнасилование повторно связывались через два-три года после их попадания в отделение неотложной помощи, большинство все еще страдали от вызванных травмой симптомов — чаще всего эти люди сообщали о страхах, сексуальных проблемах и ограничениях в повседневной деятельности⁶².

Нанесенный травмой ущерб сохраняется еще дольше. Например, Энн Берджесс и Линда Хольмстром повторно связывались с пережившими изнасилование женщинами спустя четыре-шесть лет. К этому времени три четверти женщин считали себя восстановившимися от травмы. Чуть больше трети опрошенных (37%) полагали, что на восстановление у них ушло меньше года, еще столько же ответили, что процесс занял больше года. Но каждая четвертая (26%) считала, что до сих пор не восстановилась полностью⁶³.

Голландское исследование людей, взятых в заложники, также регистрирует долгосрочные эффекты единичного травмирующего события. Все заложники демонстрировали характерные для травмы симптомы в первый месяц после освобождения, а у 75% эти симптомы сохранялись по прошествии срока от шести месяцев до года. Чем дольше люди пробыли в плену, тем больше симптомов имели и тем медленнее восстанавливались. При долгосрочном последующем мониторинге — от шести до девяти лет после травмирующего события — почти половина переживших

его людей (46%) по-прежнему сообщала о симптомах избегания, а одна треть (32%) по-прежнему жаловалась на интрузивные симптомы. Хотя симптомы генерализованной тревожности проявляли тенденцию сокращаться со временем, психосоматические симптомы даже усугублялись⁶⁴.

В то время как специфичные симптомы, связанные с травмой, похоже, ослабевают с течением времени, они могут оживать даже спустя годы после события при напоминании об изначальной травме. Кардинер, например, описывал ветерана боевых действий, перенесшего атаку интрузивных симптомов в годовщину крушения самолета, которое пережил восемью годами ранее⁶⁵. Кошмарные сны и другие интрузивные симптомы внезапно вернулись к другому ветерану Второй мировой войны спустя тридцать лет⁶⁶.

По мере ослабления интрузивных симптомов начинают преобладать симптомы психического онемения, или избегания. Травмированный человек может больше не казаться испуганным и демонстрировать признаки возвращения к своей предшествующей жизни⁶⁷, но отрыв событий от их обычных смыслов и искажение чувства реальности сохраняются. Пациент может жаловаться, что чисто механически выполняет жизненные функции, словно наблюдая повседневные события жизни с большого расстояния. Только повторяющиеся переживания момента ужаса ненадолго прорываются сквозь ощущения онемения и разрыва связей. Отчужденность и внутренняя мертвенность травмированного человека изображены в классическом портрете ветерана со снарядным шоком, созданном Вирджинией Вулф:

«“Красиво!” — шептала [его жена] и подталкивала локотком Септимуса. Но красота была под матовым стеклом. Даже вкусные вещи (Реция обожала шоколад, мороженое, конфеты) не доставляли ему удовольствия. Он ставил чашечку на мраморный столик. Смотрел в окно на прохожих; они толклись на мостовой, кричали, смеялись, легко перебивались — им было весело. А он ничего не чувствовал. В кафе, среди столиков и болтовни официантов его охватывал тошный страх: он не способен чувствовать»⁶⁸.

Ограничения, наложенные на внутренний мир и внешнюю деятельность травмированного человека, являются негативными симптомами. В них нет яркости; их значение кроется в том, чего недостает. По этой причине симптомы избегания нелегко распознать, и связь их происхождения с травмирующим событием часто теряется. С течением времени, когда негативные симптомы становятся самой заметной чертой посттравма-

тического расстройства, диагноз становится все проще упустить из виду. Поскольку посттравматические симптомы устойчивы и разнообразны, их можно по ошибке принять за характеристики личности. Эта ошибка обходится дорого, поскольку человек с нераспознанным посттравматическим стрессовым расстройством обречен вести ограниченную, обедненную жизнь, терзаемый воспоминаниями и связанный беспомощностью и страхом. Еще раз вернемся к портрету отца Лессинг, созданному ею самой:

«Тот молодой банковский служащий, который целыми днями трудился за мизерное жалованье, но притом был горазд танцевать, петь, играть, заигрывать с женщинами, тот от природы энергичный, чувственный мужчина был убит в 1914-м, 1915-м и 1916-м. Думаю, на той войне погибло лучшее, что было в моем отце, из-за нее он стал калекой. Люди, с которыми я встречалась, особенно женщины, знавшие его молодым, говорили о бодрости его духа, энергии, радости жизни. Вспоминали о его доброте, сострадании и — это слово особенно часто повторялось — мудрости... Не думаю, что эти люди легко узнали бы его в том больном, раздражительном, отстраненном ипохондрикe, которого знала я»⁶⁹.

Еще долго после травмирующего события многие пережившие его люди чувствуют, что какая-то их часть умерла. Подвергшиеся наиболее сильному воздействию жалеют, что не умерли. Пожалуй, самые тревожные сведения о длительных эффектах травмирующих событий поступили из результатов социологического исследования жертв преступлений, включавшего 100 женщин, которые пережили изнасилование. Данные собирались по прошествии в среднем девяти лет после того, как это случилось. Исследование регистрировало только серьезные проблемы психического здоровья, не обращая внимания на более тонкие уровни посттравматической симптоматики. Даже по этим грубым критериям было очевидно продолжительное и разрушительное воздействие травмы. Пережившие изнасилование сообщали о большем числе нервных срывов, суицидальных мыслей и попыток самоубийства, чем любая другая сопоставимая группа. Если до изнасилования вероятность попытки самоубийства для этих женщин не превышала норму, то после него попытку самоубийства совершила почти каждая пятая (19,2%)⁷⁰.

Приблизительные оценки действительного числа самоубийств, совершенных после серьезной травмы, крайне противоречивы. Популярные СМИ сообщали, например, что в результате самоубийств после войны

погибло больше ветеранов Вьетнама, чем во время нее на поле боя. Эти данные кажутся сильно преувеличенными, но исследования смертности тем не менее указывают, что боевая травма действительно может увеличивать риск самоубийства⁷¹. Хендин и Хаас в своем исследовании ветеранов с ПТСР выяснили, что значимое меньшинство из них пытались покончить с собой (19%) или жаловались на навязчивые мысли о самоубийстве (15%). Большинство мужчин с навязчивыми суицидальными тенденциями испытали тяжелое воздействие войны. Они страдали от непроходящего чувства вины из-за своего военного опыта и острой, не утихающей тревоги, депрессии и посттравматических симптомов. Трое из этих мужчин умерли в результате самоубийства за время проведения исследования⁷².

Таким образом, та самая угроза уничтожения, которая была определяющим свойством травмирующего момента, может преследовать человека еще долгое время после того, как опасность миновала. Неудивительно, что Фрейд обнаружил у травматического невроза признаки «демонической силы в действии»⁷³. Ужас, ярость и ненависть травмирующего момента продолжают жить в диалектике травмы.

РАЗРЫВ СВЯЗЕЙ

Травмирующие события ставят под вопрос базовые человеческие отношения. Они разрушают привязанности в семье, дружбе, любви и сообществе. Они разбивают на части конструкцию «Я», которая формировалась и поддерживалась в отношениях с другими. Они подрывают системы ценностей, которые придают смысл человеческому опыту. Они уничтожают веру пострадавших в естественный или божественный порядок и ввергают их в состояние экзистенциального кризиса.

Ущерб, который травма наносит отношениям, не является вторичным эффектом, как считалось сначала. Травмирующие события оказывают воздействие первостепенной важности не только на психологические структуры «Я», но и на системы привязанности и смысла, которые соединяют индивидуума с сообществом. Марди Горовиц определяет травмирующие жизненные события как те, которые не могут ассимилироваться «внутренними схемами» жертвы в ее отношении к миру¹. Травмирующие события уничтожают фундаментальные представления пострадавших о своей позитивной ценности, о безопасности мира и об осмысленном порядке его творения². Пережившая изнасилование Элис Себолд свидетельствует об этой потере защищенности:

«Когда меня изнасиловали, я лишилась девственности и едва не лишилась жизни. А еще я избавилась от определенных представлений, касавшихся устройства мира и степени моей безопасности»³.

Чувство безопасности мира, или базовое доверие, приобретает ребенком в начале жизни в отношениях с первым человеком, который заботится о нем. Рожденное самой жизнью, это чувство доверия поддерживает человека на протяжении всего жизненного цикла. Оно формирует основу

всех систем отношений и веры. Изначальное ощущение любви и заботы дает людям возможность представить себе мир, в котором они занимают свое место, мир, гостеприимный для человеческой жизни. Базовое доверие — фундамент веры в непрерывность жизни, естественный порядок вещей и трансцендентный божественный порядок⁴.

В моменты ужаса люди спонтанно обращаются к своему первому источнику утешения и защиты. Раненые солдаты и изнасилованные женщины зовут мать или бога. Когда на этот зов никто не откликается, ощущение базового доверия исчезает. Травмированные люди чувствуют себя безвозвратно покинутыми, крайне одинокими, лишенными человеческой и божественной заботы и защиты, которые питают жизнь. Это порождает чувство отчуждения, разрыва связей, которое пронизывает любые отношения, от тесных семейных уз до самых абстрактных связей с обществом и религией. Когда доверие потеряно, травмированным людям кажется, что им скорее найдется место среди мертвых, чем среди живых. Вирджиния Вулф отражает это внутреннее опустошение в портрете ветерана войны Септимуса Смита, страдающего от снарядного шока:

«И вот наконец-то Септимусу открылось оно — послание, скрытое в прелести слов. Тайный сигнал, передаваемый из поколения в поколение, — ненависть, отвращение, отчаяние... Нельзя приводить в такой мир детей. Нельзя увековечивать страдание или множить род этих похотливых животных, не имеющих никаких вечных чувств, одни только прихоти и тщеславные помыслы, швыряющие их из стороны в сторону... Ибо на самом деле... нет у людей ни доброты, ни веры, ни милосердия, кроме тех, что служат усилению мимолетного удовольствия. Они охотятся стаями. Их стаи рыщут по пустыне и исчезают, пронзая воплями пустоту»⁵.

Ущерб, нанесенный «я»

Прочное ощущение связи с равнодушными людьми — основа развития личности. Когда эта связь разрывается, травмированный человек теряет базовое чувство собственного «я». Давным-давно разрешенные конфликты развития детского и подросткового возраста внезапно вскрываются заново. Травма вынуждает пострадавших заново переживать все свои прежние трудности, связанные с автономией, инициативой, компетентностью, идентичностью и близостью.

Позитивное чувство «я» развивающегося ребенка зависит от того, насколько доброжелательно те, кто его воспитывает, используют свою

власть. Когда родитель, существо намного более могущественное, демонстрирует, тем не менее, некоторое внимание к личности и достоинству ребенка, тот чувствует, что его ценят и уважают; он развивает самоуважение. Кроме того, он развивает автономию, или самостоятельность, то есть чувство собственной отдельности внутри отношений. Он учится контролировать и регулировать свои физиологические функции, формировать и выражать собственную точку зрения.

Травмирующие события разрушают автономию человека на уровне базовой телесной неприкосновенности. В его тело вторгаются, его ранят, оскверняют. Контроль над телесными функциями часто утрачивается; в рассказах о войне и сексуальном насилии эта утрата контроля часто описывается как самый унижительный аспект травмы. Более того, в момент травмы точка зрения жертвы по определению не учитывается. Цель нападения сексуального насильника, например, заключается именно в том, чтобы продемонстрировать презрение к автономии и достоинству жертвы. Травмирующее событие, таким образом, уничтожает веру в то, что человек может *быть собой* в отношении с другими.

Неудовлетворительное разрешение нормальных конфликтов развития, связанных с автономией, делает человека уязвимым для стыда и сомнений. Те же эмоциональные реакции проявляются вновь после травмирующих событий. Стыд — это реакция на беспомощность, нарушение телесной неприкосновенности и потерю достоинства на глазах другого человека⁶. Сомнение отражает неспособность сохранять собственную точку зрения, оставаясь в контакте с другими. Пережившие травмирующие события сомневаются и в других, и в себе. Вещи перестают быть такими, какими казались раньше. Ветеран войны Тим О'Брайен так описывает это всепроникающее чувство сомнения:

«Для обычного солдата, по крайней мере, войну — ее духовную ткань — можно пощупать — как обширный призрачный туман, плотный и постоянный. Ясность отсутствует. Все кружится. Старые правила больше не действуют, старые истины больше совсем не истины. Правда переходит в неправоту. Порядок, размываясь, обращается в хаос, ненависть — в любовь, уродство — в красоту, закон — в анархию, любезность — в дикость. Испарения засасывают вас. Вы не можете сказать, где находитесь или почему вы там. Единственное, что достоверно, — это абсолютная неоднозначность. На войне вы теряете чувство определенности, вследствие чего и само ваше чувство истины. Следовательно, безопаснее говорить, что в правдивом рассказе о войне ничто не является абсолютной правдой»⁷.

При обычном развитии у ребенка компетенции и способность брать на себя инициативу включаются в его позитивный образ себя. Неудовлетворительное разрешение естественного конфликта развития, связанного с инициативой и компетентностью, делает человека склонным к чувству вины и неполноценности. Травмирующие события по определению пресекают инициативу и превосходят возможности пострадавшего человека. Не имеет значения, насколько он смел и находчив: его действий оказалось недостаточно, чтобы предотвратить катастрофу. Когда перенесшие травму анализируют и оценивают собственное поведение, практически все они терзаются чувствами вины и неполноценности.

Роберт Джей Лифтон считал «вину выжившего» общим переживанием для людей, переживших войну, природную катастрофу или ядерный удар⁸. Изнасилование дает, по сути, тот же эффект: виноватыми себя чувствуют жертвы, а не преступники. Вину можно понять как попытку извлечь какой-то полезный урок из случившегося несчастья и отчасти вернуть себе чувство силы и контроля. Представлять, что справиться с ситуацией можно было бы лучше, не так нестерпимо, как осознавать реальность крайней беспомощности⁹.

Чувство вины бывает особенно обостренным, когда пострадавшие были свидетелями мучений или смерти других людей. Спасти, зная, что других ждала худшая участь, — значит обременить себя тяжким грузом. Переживших катастрофы и войну преследуют образы умирающих, которых они не смогли спасти. Они испытывают чувство вины из-за того, что не рискнули своей жизнью ради спасения других или не смогли выполнить просьбу умирающего¹⁰. В бою гибель товарища на глазах у солдата подвергает последнего особенно высокому риску развития посттравматического стрессового расстройства¹¹. Аналогичным образом сцена гибели родственника во время природного бедствия с наибольшей вероятностью приведет к развитию у выжившего свидетеля трудноизлечимого длительного травматического синдрома¹².

Разрыв человеческих связей и, как следствие, риск развития посттравматического расстройства оказывается сильнее всего, если пострадавший был не просто пассивным свидетелем, но и активным участником насильственных или бесчеловечных действий¹³. Боевая травма усиливается, когда насильственную смерть становится невозможно оправдать, ссылаясь на некую высшую ценность или смысл. Во время войны во Вьетнаме солдаты бывали особенно глубоко деморализованы, когда победа в бою была недостижима и мерилом успеха становилось само убийство, примером чего служит подсчет убитых «по головам». При этих обстоятельствах имело место не столько само воздействие смерти, сколько участие

в бессмысленных актах намеренного уничтожения — именно оно делало людей наиболее уязвимыми, нанося долгосрочный психологический урон. В одном опросе ветеранов Вьетнама около 20% мужчин сообщили, что были свидетелями актов жестокости во время своей службы на передовой, а еще 9% признались, что сами совершали зверства. Спустя годы после возвращения с войны больше всего симптомов было у тех мужчин, которые были свидетелями излишней жестокости или сами в ней участвовали¹⁴. Эти открытия подтвердились в ходе другого исследования ветеранов Вьетнамской войны: все до одного мужчины, признавшие участие в зверствах, имели симптомы посттравматического стрессового расстройства более чем через десять лет после окончания войны¹⁵.

Вера в осмысленность мира формируется в отношениях с другими людьми и рождается в первые годы жизни. Базовое доверие, приобретенное в первых близких отношениях, — фундамент веры. Дальнейшее его развитие — представления о законе, справедливости и правосудии — происходит в детстве в контакте с теми, кто заботится о ребенке, и сверстниками. Более абстрактные вопросы о мироустройстве, о месте личности в обществе и месте людей в естественном порядке вещей — это нормальные вопросы, заботящие человека в период подросткового и взрослого развития. Решение этих вопросов о смыслах требует вовлеченности индивидуума в более широкое сообщество.

Травмирующие события, повторяясь, разбивают ощущение связи между индивидуумом и обществом, создавая кризис веры. Лифтон обнаружил, что глубокое недоверие к обществу и ощущение «поддельности» мира — распространенные реакции после катастроф и войн¹⁶. Один ветеран Вьетнамской войны так описывает утрату веры:

«Я не мог понять, почему бог позволяет гибнуть хорошим людям. Я ходил к нескольким... священникам. И вот сижу я с одним и говорю: “Святой отец, я никак не пойму: почему бог допускает, чтобы убивали маленьких детей? Что это за дрянь такая, эта война, дерьмо это? У меня было столько друзей, и все они мертвы!” Тот священник, он смотрит мне в глаза и говорит: “Я не знаю, сын мой. Я никогда не был на войне”. А я ему: “Я не о войне вас спрашивал, я спрашивал о боге”»¹⁷.

Особенно тяжкий урон по вере и чувству принадлежности к сообществу наносится, когда травмирующие события сопряжены с предательством важных отношений. Сохраняющаяся в воображении картина этих событий часто формируется вокруг момента предательства, и именно обман

доверия придает интрузивным образам их мощную эмоциональную силу. Для примера вновь обратимся к психотерапии, которую Абрам Кардинер проводил с ветераном ВМС, спасенным в море после гибели его корабля. Мужчина особенно расстроился в момент рассказа о том, как он почувствовал, что его предали свои:

«Пациент сильно возбудился и начал обильно потеть. Его гнев был явно вызван инцидентами, связанными с его спасением. Моряки пробыли в воде около двенадцати часов к тому моменту, когда их подобрал эсминец. Разумеется, офицеров в спасательных шлюпках подняли на борт первыми. Восьми или девяти солдатам, цеплявшимся за один плот с моим пациентом, пришлось дожидаться помощи в воде еще шесть или семь часов»¹⁸.

Офицеров спасли первыми, несмотря на то что они уже были в относительной безопасности в спасательных шлюпках, в то время как рядовых, цеплявшихся за плот, проигнорировали, и некоторые из них утонули, не дождавшись спасения. Хотя для Кардинера в этой процедуре не было ничего необычного — она шла в рамках порядка, принятого в армии, — пациент пришел в ужас от осознания того, что был для своих расходным материалом. Презрение спасателей к его жизни травмировало этого человека тяжелее, чем вражеские атаки, физическая боль от погружения в холодную воду, страх смерти и гибель других людей, разделивших с ним это тяжелое испытание. Безразличие спасателей уничтожило его веру в свое сообщество. После этого события пациент демонстрировал не только классические посттравматические симптомы, но и признаки патологического горя, отчужденности и хронической депрессии:

«В сущности, у него была сильная реакция на насилие любого рода, и он не мог видеть, как других ранят, причиняют им боль или осыпают угрозами... [Однако] он утверждал, что ему иногда внезапно хочется кого-нибудь ударить и что он стал очень сварлив и раздражителен с домашними. Он заметил: “Жаль, что я тогда не погиб; я заставляю страдать всех, кто меня окружает”»¹⁹.

Противоречивая природа отношений этого человека обычна для травмированных людей. Из-за трудностей с управлением гневом выжившие колеблются между неконтролируемыми выражениями ярости и нетерпимостью к агрессии в любой форме. Так, с одной стороны, этот человек ощущал сострадание, желание защитить других, не мог вынести мысли

о том, что кому-то причиняют вред, а с другой — проявлял гнев и раздражительность по отношению к собственной семье. Эта непоследовательность была одним из источников его мучений.

Похожими колебаниями характеризуется и регулирование близости в отношениях. Травма побуждает людей и пресекать близкие отношения, и отчаянно стремиться к ним. Глубокое разрушение базового доверия, общие чувства стыда, вины и неполноценности, необходимость избегать напоминаний о травме, которые могут возникнуть в общении, — все это способствует отказу от близких отношений. Но ужас травмирующего события усиливает потребность в защищающих привязанностях. Поэтому человек с травмирующим опытом часто чередует самоизоляцию и тревожное цепляние за других. Диалектика травмы сказывается не только на внутреннем мире выживших, но и на сфере их близких отношений. Она приводит к формированию страстных, нестабильных отношений, колеблющихся между крайностями. Одна женщина, пережившая изнасилование, рассказывает, как травма нарушила ее чувство связи с другими:

«То, что происходило внутри меня, невозможно описать словами. Я теряла контроль над собой и никогда в жизни не была так напугана и беспомощна. Казалось, у меня из-под ног выбили почву, и я осталась одна беспомощно плыть во тьме. У меня были ужасные кошмары, в которых я заново переживала изнасилование. Я боялась быть с людьми — и боялась быть одна»²⁰.

Травмированные люди страдают от ущерба, нанесенного базовым структурам «я». Они теряют веру в себя, в других людей и в бога. Их самоуважение подрывается опытом унижения, вины и беспомощности. Их способность к близости нарушается из-за сильных и противоречивых чувств зависимости и страха. Идентичность, которую они сформировали до травмы, оказывается безвозвратно* разрушена. Пережившая изнасилование Нэнси Зигенмайер так свидетельствует об этой утрате «я»:

«Человека, которым я была утром 19 ноября 1988 года, отобрали у меня и моих близких. Я уже не буду прежней до конца своей жизни»²¹.

* «Безвозвратно» здесь не означает, что исцеление невозможно, — признание реальности психологической травмы и нанесенного ею ущерба так же важно, как и знание о возможностях восстановления для выживших и освобождения от присутствия последствий травмы в их настоящей жизни. Об этом вторая часть этой книги «Восстановление».

Уязвимость и резильентность*

Основным фактором, определяющим психологический ущерб, является сам характер травматического события. Индивидуальные личностные характеристики очень мало значат перед лицом сокрушающих событий²². Существует простая и прямая связь между тяжестью травмы и ее психологическим воздействием, чем бы оно ни выражалось — числом пострадавших, силой или длительностью урона²³. Исследования войн и природных катастроф отражают кривую доза-эффект**, в которой чем сильнее воздействие травмирующих событий, тем больше процент населения с симптомами посттравматического стрессового расстройства²⁴.

В национальном исследовании адаптации к мирной жизни ветеранов Вьетнама солдаты, бывшие на передовой, сравнивались с солдатами, которых там не было, и с гражданскими лицами. Через пятнадцать лет после окончания войны свыше трети (36%) вьетнамских ветеранов, которые испытали на себе тяжелое воздействие войны, по-прежнему отвечали критериям диагноза ПТСР. И лишь 9% ветеранов с невысоким или умеренным уровнем воздействия боевой обстановки, 4% ветеранов, не воевавших во Вьетнаме, и 1% гражданских лиц были подвержены этому расстройству²⁵. Приблизительно вдвое большее число ветеранов, у которых в момент проведения исследования присутствовал этот синдром, ощущали его симптомы на том или ином временном отрезке после возвращения домой. Таким образом, примерно три из четырех, испытавших сильное воздействие боевой обстановки, страдали посттравматическим синдромом²⁶.

Если тяжелое травмирующее воздействие произошло, от его последствий никто не застрахован. Ленор Терр, работавшая с похищенными и брошенными в пещеру школьниками, обнаружила у всех детей посттравматические симптомы как непосредственно после события, так и при повторном исследовании через четыре года. Фактор неожиданности, угроза смерти и сознательная невообразимая злонамеренность похитителей — все это внесло свою лепту, усилив воздействие травмирующего со-

* Resilience (англ.) — психологическая сопротивляемость воздействию неблагоприятных или стрессовых ситуаций; может выражаться в поддержании приемлемого уровня психологического и физического функционирования во время влияния разрушительных обстоятельств и минимизации ущерба от последствий воздействия травматического события.

** Кривая доза-эффект — график, отражающий зависимость реакции биологического объекта от величины стресс-фактора (концентрации какого-либо вещества, температуры, интенсивности какого-либо процесса и т. д.). (Прим. ред.)

бытия, несмотря на то, что дети не пострадали физически²⁷. Энн Берджес и Линда Хольмстром, которые беседовали с пережившими изнасилование женщинами в отделении неотложной помощи, обнаружили, что непосредственно после нападения у всех жертв присутствовали симптомы посттравматического стрессового расстройства²⁸.

Повторные исследования обнаруживают, что пережившие изнасилование гораздо чаще страдают стойким посттравматическим стрессовым расстройством в сравнении с жертвами других преступлений²⁹. Такие, подобные злокачественной опухоли, последствия изнасилования не должны удивлять, учитывая специфическую природу этой травмы. Важнейший элемент изнасилования — это физическое, психологическое и моральное насилие над человеком. Применение насилия — это, по сути дела, синоним изнасилования. Цель насильника — запугать, подавить и унижить жертву, сделать ее совершенно беспомощной. Поэтому изнасилование по определению имеет своей целью нанесение психологической травмы.

Хотя вероятность того, что у человека разовьется посттравматическое стрессовое расстройство, зависит в первую очередь от природы травмирующего события, индивидуальные различия играют важную роль в определении формы, которую примет расстройство. Разные люди реагируют по-разному даже на одно и то же событие. Травматический синдром, несмотря на свои многочисленные характерные черты, у всех бывает разным. Например, в исследовании ветеранов войн с посттравматическим стрессовым расстройством преобладающий набор симптомов каждого человека был связан с индивидуальной историей его детства, эмоциональных конфликтов и стилем адаптации. Мужчины, которые были склонны к антисоциальному поведению до отправки на войну, чаще демонстрировали преобладание симптомов раздражительности и гнева, в то время как мужчины с высокими моральными ожиданиями от себя и развитым состраданием проявляли симптомы депрессии³⁰. Кроме того, воздействие травмирующих событий зависит в какой-то мере от резильентности человека. Хотя исследования ветеранов Второй мировой войны показали, что у каждого человека была своя «точка надлома», одни «ломались» легче, чем другие³¹. Похоже, лишь немногие исключительные люди сравнительно неустойчивы перед лицом экстремальных ситуаций. Исследования различных групп населения пришли к сходным выводам: стрессоустойчивые люди — это люди с высоким уровнем общительности, продуманным и активным стилем решения проблем и уверенностью в своей способности контролировать собственную судьбу³². Например, наблюдение за большой группой детей от рождения до достижения зрелости показало, что примерно один из десяти детей демонстрировал необычную способность стойко пере-

носить неблагоприятное воздействие среды в раннем возрасте. Эти дети характеризовались энергичностью, активностью, повышенной общительностью и способностью к коммуникации, а также уверенностью в своей способности влиять на собственную судьбу, которую психологи называют «внутренним локусом контроля»³³. Аналогичные качества обнаруживаются у людей, которые демонстрируют особенно сильную сопротивляемость болезням и обычным жизненным трудностям и стрессам³⁴.

Во время стрессовых событий люди с высокой резильентностью используют любую возможность для целенаправленного действия, объединяя усилия с другими, в то время как обычные люди легче поддаются парализующему страху. Способность сохранять социальные связи и активные стратегии решения проблем даже в экстремальных ситуациях, похоже, в какой-то мере защищает людей от последующего развития посттравматических синдромов. Например, среди выживших во время трагических событий на море те мужчины, которые сумели спастись путем сотрудничества с другими, впоследствии демонстрировали сравнительно немного признаков ПТСР. И наоборот, у подавшихся оцепенению и диссоциации проявлялось больше симптомов. Кроме того, высокую степень симптоматичности демонстрировали люди, ведущие себя, как «Рэмбо», — предпринимавшие импульсивные действия, не объединяясь с другими³⁵.

Исследование десяти ветеранов Вьетнама, у которых не развилось посттравматическое стрессовое расстройство, несмотря на сильное воздействие боевой обстановки, вновь продемонстрировало характерную триаду — активные, ориентированные на задачу копинговые стратегии, выраженная общительность и внутренний локус контроля. Эти исключительные мужчины сознательно фокусировались на сохранении спокойствия и способности к суждению, контакте с другими, своих моральных ценностях и ощущении смысла даже в самых хаотических боевых условиях. Они видели в войне «опасное испытание, которое надо было преодолеть эффективно, стараясь остаться в живых», а не ситуацию беспомощности и виктимизации или возможность доказать свою мужественность³⁶.

Эти люди старались придумать некую логичную цель для действий, в которые оказались вовлечены, и сообщить свое понимание другим. Они демонстрировали высокую степень ответственности за защиту других, равно как и самих себя, избегая ненужного риска, и временами не повиновались приказам, которые расценивали как ошибочные. Они с пониманием относились к страху, своему и чужому, но стремились преодолеть его, стараясь как можно лучше подготовиться к опасности. Они также избегали давать волю ярости, которую считали помехой для выживания. В деморализованной армии, где процветала жестокость, ни один из этих

мужчин не выражал ненависти или жажды мести по отношению к противнику, ни один не участвовал в изнасилованиях, пытках, убийствах мирных граждан или пленников, глумлении над трупами.

Опыт женщин, столкнувшихся с насилием, указывает, что и тут аспекты резильентности играют какую-то защитную роль. Женщины, которые сохраняли спокойствие, использовали разные активные стратегии и боролись, насколько это было в их силах, не только чаще преуспевали в предотвращении попытки изнасилования, но и реже страдали от острых симптомов дистресса, даже если их усилия в итоге не принесли полного успеха. Напротив, женщины, парализованные ужасом и подчинившиеся без борьбы, не только чаще становились жертвами изнасилования, но и впоследствии были самокритичны и подавлены. Но вот высокая степень общительности женщин при попытке изнасилования часто оказывалась не плюсом, а минусом. Многие пытались пробудить в насильнике человечность или установить с ним некий эмпатический контакт. Эти попытки почти всегда оказывались тщетными³⁷.

Хотя люди с высокой резильентностью имеют лучшие шансы на выживание и сравнительно небольшой психологический ущерб, ни одно личное качество жертвы не является достаточным само по себе, чтобы обеспечить надежную защиту. Самым важным фактором, о котором говорят все выжившие, является удача. Многие хорошо осознают, что травмирующее событие могло ударить по ним намного сильнее и они вполне могли бы сломаться, если бы судьба их не пощадила. Иногда пострадавшие полагают, что им удалось остаться в живых благодаря памяти о человеческих связях, которую они смогли сберечь даже в экстремальной ситуации, хотя они прекрасно осознавали, как хрупки эти связи и как легко они могли быть разрушены. Молодой человек, который пережил попытку убийства, так описывает роль такой человеческой связи:

«Мне очень повезло. Меня, по крайней мере, не изнасиловали. Не думаю, что смог бы это пережить. После того как они пырнули меня ножом и бросили умирать, передо мной внезапно возник очень яркий образ отца. Я осознал, что не имею права умереть, потому что это причинило бы ему слишком сильную боль. Я должен был уладить наши с ним отношения. И когда я принял решение выжить, случилось удивительное. Я буквально визуализировал узел на веревке, скрутившей мои запястья, несмотря на то что мои руки были связаны за спиной. Я сумел его распутать и выползти в коридор. Соседи наткнулись на меня как раз вовремя. Еще пара минут — и было бы слишком поздно. Я почувствовал, что мне в жизни был дан второй шанс»³⁸.

В то время как некоторые, обладающие повышенными ресурсами люди могут проявлять высокую резильентность к разрушающим психологическим эффектам травмы, другие оказываются особенно уязвимы. Предсказуемо в группе риска находятся те, кто на момент травмы уже обладал меньшей властью, или был ее совсем лишен, или не имел устойчивых связей с другими. Например, более молодые и менее образованные солдаты, которых посылали во Вьетнам, поддавались экстремальному воздействию военной обстановки чаще других. Кроме того, нередко в их окружении было меньше людей, поддерживавших демобилизованных по возвращении домой, и поэтому они реже обсуждали свой военный опыт с друзьями и родственниками.

Неудивительно, что эти мужчины входили в группу высокого риска развития ПТСР. Солдаты с любыми психическими расстройствами, диагностированными до того, как они попали во Вьетнам, по возвращении чаще демонстрировали широкий спектр психиатрических проблем, не ограничивающийся одним только ПТСР³⁹. Аналогичным образом женщины, у которых были психиатрические диагнозы до того, как они подверглись изнасилованию, страдали особенно острыми и сложными посттравматическими реакциями⁴⁰. Травмирующие события, как и другие несчастья, особенно безжалостны к тем, чье благополучие уже невелико.

Дети и подростки, более слабые, обладающие меньшей властью по сравнению со взрослыми, также особенно уязвимы для получения ущерба от травмы⁴¹. Исследования детей, подвергшихся насилию, демонстрируют обратную зависимость между степенью психопатологии и возрастом начала неблагоприятного воздействия⁴². У солдат, не достигших двадцатилетнего возраста, с большей вероятностью, чем у их более зрелых товарищей, развивается посттравматическое стрессовое расстройство⁴³. А девушки-подростки особенно уязвимы перед травмой изнасилования⁴⁴. Переживание ужаса и бессилия в подростковом возрасте резко тормозит три нормальные адаптивные задачи этой стадии жизни: формирование идентичности, постепенное отделение от родительской семьи и исследование более широкого социального мира.

Война и изнасилование, публичная и частная формы организованного социального насилия бьют главным образом по молодым и юным. Армия Соединенных Штатов вербует молодых людей на службу в семнадцать лет; средний возраст солдат, сражавшихся во Вьетнамской войне, составлял девятнадцать лет. Во многих других странах мальчиков призывают на военную службу, когда они еще не вышли из подросткового возраста. Период наибольшего риска изнасилования тоже совпадает с окончанием второго десятилетия жизни. Половине всех жертв на момент изнасило-

вания не больше двадцати лет; три четверти изнасилований приходится на возраст от 13 до 26 лет⁴⁵. Период наибольшей психологической уязвимости совпадает с периодом наибольшего риска получения травмы как у молодых мужчин, так и у молодых женщин. Таким образом, изнасилование и война могут считаться взаимодополняющими социальными ритуалами — посвящением в принудительное насилие, составляющее основу взрослого общества. Они являются парадигмальными формами травмы для женщин и мужчин соответственно.

Эффект социальной поддержки

Поскольку травмирующие жизненные события неизменно наносят ущерб отношениям, окружение переживших их имеет возможность влиять на конечный итог травмы⁴⁶. Реакция поддержки со стороны других людей может сгладить эффект события, в то время как враждебная или негативная реакция способна усугубить ущерб и усилить травматический синдром⁴⁷. После травмирующих событий пострадавшие от них люди крайне уязвимы. Их самоощущение разрушено. И восстановиться оно может лишь так же, как создавалось изначально, — в контакте с другими.

Эмоциональная поддержка, которой травмированные люди ищут у семьи, партнеров и близких друзей, принимает множество форм и меняется на протяжении процесса исцеления травмы. Сразу же после травмы главной задачей выступает восстановление некой минимальной формы доверия. Гарантия безопасности и защиты имеет огромную важность. Выжившие, которые часто испытывают ужас от того, что остались в одиночестве, остро нуждаются в простом присутствии сочувствующего человека. Однажды пережив ощущение тотальной изоляции, столкнувшиеся с травмирующим опытом люди ясно осознают хрупкость всех человеческих связей перед лицом опасности. Им нужны четкие и ясные заверения, что их больше не бросят.

У солдат чувство безопасности связывается с небольшой группой товарищей по оружию. Сплачиваясь в условиях постоянной опасности, члены такой группы развивают общую фантазию о том, что взаимная верность и преданность способны защитить их. Они начинают бояться расставания друг с другом сильнее, чем смерти. Военные психиатры Второй мировой войны обнаружили, что разлука солдата с его боевым подразделением значительно усугубляет боевую психическую травму. Психиатр Герберт Шпигель так описывает свою стратегию сохранения привязанности и восстановления чувства базовой безопасности у солдат на фронте:

«Мы знали, что стоит только солдату разлучиться со своим подразделением, как он уже потерян. Поэтому, если кто-нибудь начинал давать слабину, я предоставлял солдату возможность провести ночь рядом с полевой кухней. Кухня располагалась в тылу, была чуть лучше защищена, но все равно находилась на территории части. Там были наши повара. Я давал солдатам распоряжение хорошенько отдохнуть, даже выдавал снотворное. Это было что-то вроде моего реабилитационного центра. Ведь травматический невроз возникает не сразу. На начальной стадии это просто растерянность и отчаяние. И если в это время окружающие подбадривают и поддерживают человека, то худшего можно избежать»⁴⁸.

Когда солдат возвращается домой, у него обычно не возникает проблем с безопасностью и защищенностью. Ближайшие друзья и родственники пострадавших от стихийных бедствий или преступности, как правило, тоже мобилизуются, предоставляя им убежище и безопасность. Однако в случае сексуального и бытового насилия жертва может находиться в опасности и после нападения. Например, в большинстве случаев изнасилования жертва знает насильника: это знакомый, коллега, друг семьи, муж или любовник⁴⁹.

Более того, насильник часто занимает более высокое положение, чем его жертва, в их общей социальной среде. Ее близкие не обязательно спешат ей на помощь; более того, общество может с большей охотой поддерживать преступника, чем жертву. Чтобы избежать встреч с насильником, ей, возможно, придется отказаться от какой-то части своего социального мира. Она может обнаружить, что ее изгнали из учебного заведения, с работы или из группы сверстников. Одна девочка-подросток, пережившая изнасилование, рассказывает о том, как ее сторонились в школе:

«После этого все покатило под откос. Ни одной из девочек не решали приглашать меня домой, а парни на улице пилились на меня, когда я шла в школу. Моя репутация была испорчена, и это преследовало меня все старшие классы»⁵⁰.

Таким образом, чувства страха, недоверия и отчуждения могут усугубляться непониманием или откровенной враждебностью тех, к кому пережившая насилие обращается за помощью. Когда насильником выступает муж или любовник, она оказывается уязвимее всего, поскольку тот, к кому она при нормальных обстоятельствах могла бы обратиться в поисках безопасности и защиты, как раз и является источником опасности.

Если же, напротив, пострадавшей повезло иметь поддержку родственников, любимых или друзей, их забота и защита могут оказывать сильное целительное влияние. Берджесс и Хольмстрем по результатам своего повторного исследования женщин, переживших изнасилование, сообщали, что длительность срока реабилитации связана с качеством близких отношений жертвы. Женщины, у которых были стабильные близкие отношения с партнером, обычно восстанавливались быстрее, чем те, у кого таких отношений не было⁵¹. Аналогичным образом другое исследование выяснило, что при повторном опросе меньше симптомов демонстрировали те жертвы изнасилования, которые сообщали о наличии близких и любящих отношений с мужчинами⁵².

Когда ощущение базовой безопасности восстановлено, выжившим необходима помощь других в воссоздании позитивного представления о себе. Регуляция близости и агрессии, нарушенная травмой, должна быть восстановлена. Для этого требуется, чтобы другие терпимо относились к переменам потребности пострадавших то в близости, то в дистанции и уважали их попытки восстановить автономию и самоконтроль. Это не значит, что другие должны мириться с неконтролируемыми вспышками агрессии; такая толерантность даже контрпродуктивна, поскольку в итоге увеличивает для выживших бремя вины и стыда. Напротив, восстановление чувства собственной ценности требует такого же уважения к автономии, которое питало изначальное развитие самооценки в первые годы жизни.

Многие демобилизованные солдаты говорят о своих трудностях с близостью и агрессией. Ветеран Майкл Норман описывает эти трудности так:

«Беспокойный и раздражительный, я вел себя скверно. Я стремился к одиночеству, а потом ругал друзей за то, что они стараются держаться от меня подальше... Я рывкал на сына, который гордился мной, и препирался со своей главной союзницей, женой»⁵³.

Это свидетельство подтверждается исследованиями. Психолог Жозефина Кард отмечает частые жалобы ветеранов Вьетнама на то, что им трудно ладить с женами или подругами и вообще ощущать эмоциональную близость с кем бы то ни было. В этом отношении они существенно отличаются от своих сверстников, которые не участвовали в войне⁵⁴. Другое исследование адаптации ветеранов Вьетнамской войны подтвердило глубокое воздействие боевой психической травмы. Мужчины с посттравматическим стрессовым расстройством реже женились, чаще имели про-

блемы в семейной жизни и воспитании детей, чаще разводились, чем те, кто избежал расстройства. Многие становились крайне замкнутыми или прибегали к насилию в отношении других. Женщины-ветераны с тем же синдромом демонстрировали аналогичные нарушения в близких отношениях, хотя редко прибегали к насилию⁵⁵.

В этом порочном круге ветераны войн, оставшиеся без поддержки семьи, сталкиваются с более высоким риском устойчивых посттравматических симптомов, а те, кто страдает ПТСР, могут еще больше отдалиться от семьи⁵⁶. В исследовании сетей социальной поддержки демобилизованных солдат психолог Теренс Кин отмечал, что все мужчины, пока воевали, лишились части своих важных социальных связей из мирной жизни. Мужчины без посттравматического стрессового расстройства, вернувшись домой, постепенно заново выстраивали социальные сети поддержки. Но те, кто страдал от устойчивого ПТСР, не могли этого сделать; с течением времени их социальные связи разрушались еще сильнее⁵⁷.

Ущерб, нанесенный войной, может усугубляться тем, что общество в целом терпимо относится к эмоциональной отстраненности и неконтролируемой агрессии мужчин. Самые близкие к травмированному ветерану войны люди могут оказаться не способны призвать его к ответу за неправильное поведение, спускать ему вспышки гнева и эмоциональную холодность. В конечном счете это усилит его чувство неадекватности и стыда и оттолкнет самых близких людей. Социальные нормы мужской агрессии тоже вводят в заблуждение ветеранов войн, которые пытаются развивать мирные и поддерживающие семейные отношения. Социальный работник Сара Хейли приводит высказывание ветерана с посттравматическим стрессовым расстройством. Он сумел жениться и завести детей, но у него обострились симптомы, когда его маленький сын начал играть в солдатики. «Я думал, что смогу с этим справиться, но рождественским утром, увидев на полу игрушечных солдатиков и пулемет, я слетел с катушек... Мы с моим трехлетним сыном сильно поссорились, и я не знал, как это исправить... Наверное, дело в моей наивности. Все дети проходят через игры в войну, но меня это так взбесило именно потому, что со мной во Вьетнаме было то же самое. Я решил, что сам сделал сына таким и сам же должен заставить его остановиться»⁵⁸.

Мысли этого человека занимала беспричинная жестокость, которую он творил как солдат, и тот факт, что ни одно лицо, облеченное властью, не вмешалось, чтобы ее предотвратить. Его раздражительность в семейной жизни напоминала ему о прежней неконтролируемой агрессии во Вьетнаме. Стыдясь и своих прежних поступков, и нынешнего поведения, он «чувствовал себя жалким подобием отца» и сомневался в том, что во-

обще достоин иметь семью. Этот мужчина, как и многие другие боевые ветераны, испытывал трудности с теми же проблемами агрессии и самоконтроля, что и его ребенок-дошкольник, решающий задачи развития своего возраста. Боевая психическая травма обнулила достигнутый им еще в ранние годы жизни уровень решения этих проблем.

Женщины, перенесшие сексуальное и домашнее насилие, сражаются со схожими проблемами с саморегуляцией. Однако их отличие от мужчин заключается в том, что трудности могут усугубляться недостаточной терпимостью самых близких людей. Общество практически не позволяет женщине ни замыкаться в себе, ни выражать свои чувства. В попытках защитить пострадавшую ее близкие и родственники могут пренебречь ее потребностью в восстановлении чувства автономии. Члены семьи могут избрать собственный курс действий и игнорировать желания пострадавшей или действовать вопреки им, тем самым снова лишая ее автономии⁵⁹.

Они могут проявлять нетерпимость к ее гневу, а могут, наоборот, молча сносить его, сами стремясь к мести. Поэтому пострадавшие женщины часто неохотно откровенничают с членами семьи — не только потому, что боятся быть непонятыми, но и из опасений, что реакция родственников превзойдет их собственную. Женщина, пережившая изнасилование, так описывает первоначальную реакцию мужа на ее слова и вызванные ей еще большую тревогу и чувство утраты контроля:

«Когда я рассказала мужу, он пришел в неистовство. Он хотел отомстить тем парням. В тот момент я и так была напугана донельзя и не хотела, чтобы еще и ему от них досталось. Я сказала ему об этом очень четко. К счастью, он меня услышал и был готов уважать мои желания»⁶⁰.

Восстановление чувства контроля особенно проблематично в сексуальных отношениях. После изнасилования почти все пережившие его сообщают о нарушениях в прежде стабильной сексуальной жизни. Большинство испытывает желание полностью отказаться от секса на какой-то период времени. Даже после возобновления интимных отношений нарушения сексуальной жизни исцеляются медленно⁶¹. В сексуальном взаимодействии выжившие часто снова сталкиваются не только с конкретными триггерами, провоцирующими флешбэки, но и с более общим ощущением давления или принуждения. Пережившая изнасилование женщина рассказывает о том, как реакция ее партнера заставила ее вновь почувствовать себя жертвой:

«Ночью я проснулась и почувствовала его на себе. Спросонья мне показалось, что [насильник] вернулся, и я запаниковала. Он сказал, что просто пытался заставить меня «снова привыкнуть», чтобы я не осталась фригидной на всю жизнь. У меня не было сил бороться или спорить, и я просто уступила. Во время [секса] моя голова была совершенно пуста. Я ничего не чувствовала. На следующий день я сдала свой последний экзамен, собрала вещи и уехала. Я рассталась со своим бойфрендом в то лето»⁶².

В силу прочно устоявшейся нормы мужского «права» многие женщины привыкли удовлетворять желания партнеров и ставить собственные на второе место даже в сексе по согласию. Однако после изнасилования многие выжившие обнаруживают, что больше не могут мириться с таким положением вещей. Чтобы восстановить собственную сексуальность, женщине, пережившей изнасилование, необходимо вернуть себе чувство автономии и контроля. Чтобы когда-нибудь вновь научиться доверять, ей нужен готовый к сотрудничеству и чуткий партнер, который не рассчитывает на секс по первому требованию.

Восстановление хорошего отношения к себе и положительного образа себя включает не только вновь обретенное ощущение автономии внутри отношений, но и восстановление самоуважения. Выжившим необходима помощь других в их борьбе со стыдом и в достижении адекватной оценки своего поведения. И здесь отношение самых близких людей имеет огромную важность. Реалистичная оценка ослабляет чувства унижения и вины. И наоборот, резкая критика, равно как и не основанное на понимании слепое принятие, усугубляют самобичевание и отчуждение жертвы.

Реалистичная оценка — это признание крайне тяжелых обстоятельств травмирующего события и нормальности реакций жертвы. Это признание моральной дилеммы в условиях крайне ограниченного выбора. А еще это признание нанесенного психологического ущерба и принятие длительного процесса выздоровления. Резко критические суждения, напротив, часто навязывают предвзятый взгляд как на природу травмирующего события, так и на спектр приемлемых реакций. А наивное принятие пытается отбросить вопросы морали в полной уверенности, что такие вопросы несущественны в обстоятельствах ограниченного выбора. Однако даже такие ситуации не отменяют базирующихся на морали чувств вины и стыда.

Суждения окружающих имеют огромную важность для восстановления чувства связи с самыми близкими людьми и у ветеранов. Ветеран изолирован от общества не только картинами ужасов, которым был сам

свидетелем и творцом, но и своим особым статусом адепта культа войны. Ему представляется, что ни один мирный житель (и уж точно не женщина или ребенок) не способен понять его противостояния со злом и смертью. Он смотрит на гражданское лицо, одновременно идеализируя и презирая его: это лицо одновременно невинно и невежественно. Себя же, напротив, ветеран видит существом одновременно высшим и низшим. Он нарушил запрет на убийство. На нем метка Каина. Вот как ветеран Вьетнама описывает это ощущение «загрязненности»:

«Этот городок не умел разговаривать и не желал слушать. “Что бы вы хотели узнать о войне?” — могли бы спросить они, но были способны лишь моргать и пожимать плечами. У них не было воспоминаний, а потому не было и чувства вины. Налоги уплачивались, голоса подсчитывались, чиновники делали свое дело расторопно и учтиво. Это был оживленный, учтивый городок. Они тут дерьма не нюхали и нюхать не желали. [Ветеран] сел поудобнее и задумался, что бы такое сказать на эту тему. Он-то дерьма повидал. Он-то в нем хорошо разбирался. Особенно в запахе, но и в многочисленных разновидностях текстуры и вкуса тоже. Когда-нибудь он выступит с лекцией на эту тему. Наденет костюм с галстуком, выйдет на сцену “Киваниса” и расскажет этим говнюкам обо всех замечательных видах дерьма, которые он так хорошо знает. Может, даже раздаст образцы на пробу»⁶³.

Слишком часто гражданские смотрят на ветеранов как на нелюдимых одиночек, идеализируют или, наоборот, принижают их воинскую службу, не стремясь поинтересоваться, что она за собой повлекла. Социальная поддержка для рассказывания историй о войне — в той мере, в какой она вообще существует, — обычно ограничивается средой самих ветеранов. Поделиться рассказами о войне можно только с мужчинами определенной эпохи, свидетелями той же войны, не затрагивая более широкие группы, включающие в себя представителей обоих полов и разных поколений. Таким образом, фиксация на травме — ощущение момента, застывшего во времени, — может поддерживаться традициями общества, способствующими сегрегации воинов⁶⁴.

Пережившие изнасилование, пусть и по иным причинам, проходят через такие же трудности, сталкиваясь с суждением общества. Их тоже могут считать загрязненными. На пострадавшую то и дело бросают косяе осуждающие взгляды, и самые близкие люди не исключение. Мужья, любовники, родственники и друзья — у всех них есть предвзятые представления о том, в чем состоит сущность изнасилования и как на него

должны реагировать жертвы. Проблема сомнений становится центральной для многих выживших, поскольку между их реальным опытом и общепринятыми убеждениями, касающимися изнасилования, — гигантская пропасть. Возвращающихся с фронта ветеранов могут расстраивать наивные и нереалистичные представления их родственников о войне, но хотя бы никто не сомневается в том, что они действительно были на войне. Жертвы изнасилования на подобное рассчитывать в основном не могут. Многие действия, которые женщины переживают как ужасающее насилие, не рассматриваются как таковое даже самыми близкими людьми. Поэтому пережившие сексуальное насилие оказываются в ситуации, где они должны сделать выбор между выражением собственной точки зрения и сохранением связей с другими. В таких обстоятельствах многим бывает трудно даже дать название своему опыту⁶⁵. Первый этап осознания — просто назвать изнасилование его истинным именем⁶⁶.

Общепринятые общественные договоренности и основанные на них установки не только не признают большинство изнасилований преступлениями, но и выдают их за сексуальные отношения по согласию, за которые несет ответственность жертва. Так женщины обнаруживают ужасающий разрыв между своим опытом и социально конструируемой реальностью⁶⁷. Они узнают, что при изнасиловании их не только подвергают насилию, но и лишают чести. К ним относятся с большим презрением, чем к побежденным солдатам, поскольку никто не признает, что они проиграли в неравном бою. Наоборот, их винят в том, что они предали собственные моральные стандарты и сами способствовали своему поражению. Одна из жертв изнасилования рассказывает, как ее критиковали и обвиняли:

«Это было просто ужасно, [моя мать] не верила, что меня изнасиловали! Она была убеждена, что я сама напросилась... [Мои родители] настолько сильно промыли мне мозги насчет того, что меня никто не насиловал, что я и сама начала в этом сомневаться. А может, я сама этого хотела? Ведь говорят же, что женщину невозможно изнасиловать, если она того не хочет»⁶⁸. Напротив, поддержка близких может избавить пострадавшую от ощущений стыда, стигмы и загрязненности. Другая пережившая изнасилование девушка, которой повезло с близкими больше, рассказывает, как ее утешал друг: «Я сказала: “Мне четырнадцать лет, и я больше не девственница”. Он ответил: “Это не имеет никакого отношения к девственности. Когда-нибудь ты влюбишься и займешься любовью — и вот тогда-то ты ее лишишься. А не в процессе того, что произошло (слова «изнасилование» он не произнес). Случившееся не имеет с этим ничего общего»»⁶⁹.

Помимо проблем чувства стыда и сомнений, перед травмированными людьми стоит еще одна трудная задача: прийти к справедливой и разумной оценке своего поведения, найдя баланс между ошибочным чувством вины и отрицанием всякой моральной ответственности. Чтобы разобраться с чувством вины, выжившим необходима помощь людей, готовых признать, что травмирующее событие имело место, придерживаться свою точку зрения и просто быть свидетелями их рассказа. Когда кто-то способен выслушать, не обвиняя, переживший травму человек может принять, что не смог соответствовать идеализированным стандартам действий в экстремальных ситуациях. В конечном счете он придет к реалистичной оценке своего поведения и справедливому суждению о том, кто и какую несет ответственность.

В своем исследовании ветеранов войны с ПТСР Герберт Хендин и Энн Хаас выяснили, что решение проблемы чувства вины требует подробного понимания человеком конкретных причин, по которым он себя винит, а не слепого всепрощения. Например, молодой офицер, который выжил после того, как джип, в котором он ехал с несколькими товарищами, подорвался на mine, винил себя за то, что выжил, в то время как другие погибли. Ему казалось, что это он должен был быть за рулем джипа. На первый взгляд подобное самоедаство не имело под собой никаких оснований. Однако тщательное исследование обстоятельств, приведших к катастрофе, позволило выяснить, что этот офицер имел привычку уклоняться от ответственности и сделал не все возможное, чтобы защитить своих подчиненных. Когда неопытный командир приказал ему выдвигаться на джипе, он не возразил, хотя и знал, что это неразумно. Таким образом, своим бездействием он подверг риску себя и своих солдат. В этом метафорическом смысле он винил себя за то, что не был «за рулем»⁷⁰.

Схожие проблемы проявляются во время лечения переживших изнасилование: зачастую они предаются горьким самообвинениям либо за то, что подвергли себя риску, либо за неэффективное сопротивление. Именно к этим аргументам прибегают насильники, перекладывая вину за изнасилование на жертву. Последняя не может прийти к справедливой оценке собственного поведения до тех пор, пока четко не поймет, что никакие действия с ее стороны не снимают с насильника ответственности за его преступление.

В реальности большинство людей время от времени идут на необязательные риски. Женщины часто действуют рискованно по наивности, не подозревая об опасности, или в знак протеста, бросая опасности вызов. Большинство женщин на самом деле не осознают, насколько враждебно к ним относятся мужчины, предпочитая представлять отношения по-

лов более мирными, чем они есть на самом деле. Кроме того, женщины предпочитают верить, что обладают большей свободой и занимают более высокое общественное положение, чем оно есть в действительности. Женщина особенно уязвима для изнасилования, когда ведет себя так, как будто она свободный человек, то есть когда она не соблюдает традиционных ограничений, налагаемых на внешний вид, одежду, физическую мобильность и проявление социальной инициативы. Женщин, которые ведут себя как свободные, часто называют «распущенными», имея в виду не только «раскованность», но и сексуальную провокацию.

Большинство женщин не имеют достаточного опыта в оказании эффективного отпора в ситуации опасности. Традиционная социализация буквально гарантирует, что женщины будут не подготовлены к опасности, что нападение застигнет их врасплох, что они будут плохо оснащены для самозащиты⁷¹. Анализируя сценарий изнасилования после того, как оно свершилось, большинство женщин говорят, что проигнорировали интуицию, кричавшую им об опасности, тем самым упустив возможность спасения⁷². Страх конфликта или социального ostracism могут не дать многим жертвам среагировать вовремя. Впоследствии те, кто не обратил внимания на свой «внутренний голос», могут с яростной критикой обрушиваться на собственную «глупость» или «наивность». Преобразовав это резкое самоосуждение в реалистичное суждение, можно действительно ускорить восстановление. Среди немногих позитивных последствий, о которых сообщали жертвы изнасилований, — решимость стать более самостоятельными, с большим уважением относиться к собственному восприятию и чувствам и лучше подготовиться к встрече с конфликтом и опасностью⁷³.

Стыд и вина выживших могут становиться сильнее из-за жестких суждений других людей. Но и простые заявления об их полной свободе от ответственности не уменьшают этих чувств, потому что простые заявления, даже самые благожелательные, представляют собой отказ присоединиться к выжившему или выжившей во всей болезненной моральной сложности экстремальной ситуации. От тех, кто все же решился стать свидетелем их опыта, выжившие ждут не отпущения грехов, а справедливости, сострадания и готовности разделить с ними связанное с виной знание о том, что случается с людьми в экстремальных ситуациях.

Наконец, выжившим нужна помощь других, чтобы оплакать свои потери. Все классические работы по этой теме признают необходимость оплакивания и вспоминания на пути исцеления от последствий травмирующих жизненных событий. Невозможность завершить нормальный процесс горевания приводит в движение травматическую реакцию.

Лифтон отмечает, что «незавершенное оплакивание приводит к стазису и невыходу из травматического процесса»⁷⁴. Хаим Шатан, наблюдая ветеранов войн, говорит об их «спрессованной скорби»⁷⁵. Когда случается обычная утрата, многочисленные социальные ритуалы поддерживают скорбящего на протяжении всего процесса. Но никакой общепринятый обычай или ритуал не признает траура, следующего за травмирующими жизненными событиями. В отсутствие такой поддержки вероятность психологического горевания и тяжелой трудноизлечимой депрессии крайне высока.

Роль сообщества

Делиться травматическим опытом с другими — начальное и обязательное условие для возвращения ощущения осмысленности мира. В этом процессе выжившие ищут помощи не только у ближайшего окружения, но и у более широкого сообщества. Реакция общества оказывает мощное влияние на итоговые последствия травмы. Зарастет ли брешь, пробитая травмирующим событием между человеком и его сообществом, зависит, во-первых, от публичного признания этого события, а во-вторых, от той или иной формы общественного действия. Публичное признание того, что человеку был нанесен ущерб, обязывает общество принять какие-то меры по назначению ответственных и компенсации ущерба. Эти две реакции — признание и компенсация — необходимы для восстановления у перенесших травму чувства порядка и справедливости.

Возвращающиеся с войны солдаты всегда очень чувствительны к тому, какую поддержку им оказывают на родине. Они ищут неоспоримые доказательства общественного признания. После каждой войны солдаты выражают возмущение отсутствием общественной осознанности, интереса и внимания; они боятся, что их жертва будет вскоре забыта⁷⁶. По окончании Первой мировой войны ветераны с горечью прозвали ее «Великой неназываемой»⁷⁷. Усилия ветеранских организаций в первую очередь направлены на заботу о том, чтобы перенесенные ими испытания не стерлись из общественной памяти. Отсюда и настойчивое требование медалей, памятников, парадов, празднований и публичных церемоний, равно как и компенсаций за ранения. Однако даже публичные церемонии чествования редко удовлетворяют стремление ветеранов к признанию, поскольку происходит искажение правды о войне. Один вьетнамский ветеран так отзывался о повальной тенденции отрицать ужасы войны:

«Если под конец рассказа о войне ты ощущаешь воодушевление или тебе кажется, что кто-то наконец рассказал, как все было на самом деле, значит, ты пал жертвой старой и ужасной лжи»⁷⁸.

Помимо признания, солдаты стремятся обрести смысл своих столкновений с убийствами и смертью в моральной позиции гражданского общества. Им нужно знать, рассматриваются их действия как героические или бесчестные, отважные или трусливые, целенаправленные или бессмысленные. Понимающие настроения сообщества, проникнутые реалистичным принятием, способствуют реинтеграции солдат в гражданскую жизнь; общественная атмосфера, пронизанная отвержением, усугубляет их изоляцию.

Печально известный пример неприятия обществом из новейшей истории связан с войной во Вьетнаме — необъявленной войной, которая велась без официальной ратификации с помощью установленных демократических процессов принятия решений. Неспособное объяснить необходимость ведения войны и прийти по этому поводу к общественному консенсусу или определить ее реальные цели, правительство Соединенных Штатов тем не менее призвало миллионы молодых людей на военную службу. По мере того как росли жертвы среди мирного населения, росла и оппозиция общества к войне. Попытки сдержать антивоенные настроения привели к политическим решениям, которые изолировали солдат и от гражданских лиц, и друг от друга. Солдат отправляли во Вьетнам и возвращали домой по отдельности, не давая ни организовать прощание, ни создать тесные связи внутри боевых подразделений, ни устроить торжественную церемонию встречи по возвращении на родину. Втянутые в политический конфликт, который следовало разрешить прежде, чем ставить под угрозу их жизни, вернувшиеся солдаты часто получали повторную травму, сталкиваясь с общественной критикой и неприятием войны, на которой они сражались и которую проиграли⁷⁹.

Пожалуй, самым значимым вкладом общества в исцеление этих людей было строительство в Вашингтоне Мемориала ветеранов Вьетнама. Памятник, на котором перечислены только имена погибших воинов и даты, стал местом для выражения общего горя. Солдатам легче завершить работу «Спрессованной скорби», когда общество признает горечь их потерь. Этот памятник, в отличие от других, прославляющих героизм войны, стал священным местом, местом паломничества. Люди приходят сюда, чтобы увидеть имена, коснуться стены. Они приносят подношения и оставляют мертвым записки со словами извинений и благодарности. Ветеран Вьетнама Кен Смит, который ныне оказывает помощь другим ветеранам, описывает свое первое посещение этого мемориала так:

«Я вспоминал парней, вспоминал запахи, вспоминал определенные моменты, вспоминал дождь, вспоминал канун Рождества, вспоминал отъезд. Мне довелось побывать в паре скверных передряг; я вспоминал их. Я вспоминал лица. Я вспоминал... Некоторым это место напоминает кладбище, для меня же это скорее кафедральный собор. Это больше похоже на религиозный опыт. Своего рода катарсис. Это трудно объяснить другим: я — часть этого и всегда ею буду. И поскольку я сумел с этим примириться, то сумел и черпать из этого силу, чтобы делать то, что я делаю»⁸⁰.

При травмах невоенного характера пострадавшие в основном озабочены теми же вопросами общественного признания и справедливости. Здесь формальной ареной как признания, так и компенсации является система уголовного правосудия — институт фактически недоступный для жертв сексуального и домашнего насилия. На базовом уровне признания обществом женщины, как правило, оказываются изолированными и невидимыми для ока закона. Эти противоречия между женской реальностью и правовыми определениями той же реальности часто принимают настолько крайние формы, что, по сути дела, препятствуют участию женщин в официальных структурах правосудия.

Женщины быстро начинают понимать, что изнасилование — преступление лишь в теории; на практике стандарт того, что представляет собой изнасилование, устанавливается не на уровне женского понимания своего опыта и того, что в нем переживается как насилие, а чуть выше приемлемого для мужчин уровня принуждения. И уровень этот оказывается очень высоким. Говоря словами эксперта по юриспруденции Кэтрин Маккиннон, «изнасилование, с точки зрения женщины, не воспрещается; оно регулируется»⁸¹. Традиционные правовые стандарты признают изнасилование преступлением только в том случае, если насильник применяет крайнюю степень силы, намного превосходящую ту, которая обычно нужна, чтобы запугать женщину, или когда мужчина атакует женщину за пределами его социальной доступности — самый известный пример здесь нападение чернокожего мужчины на белую женщину. Чем более тесные отношения существуют между преступником и жертвой, тем выше степень допустимого принуждения. Так что половой акт по принуждению, совершенный незнакомцем, может быть признан изнасилованием, в то время как тот же акт, совершенный знакомым, таковым не признается. Поскольку большинство изнасилований на самом деле совершают знакомые или близкие жертв, закон не признает большинство изнасилований таковыми. Многие штаты предоставляют мужчине в браке прерогативу

постоянного и абсолютного доступа к сексу, при этом любая степень принуждения разрешена законом⁸².

Попытки добиться справедливости или возмещения ущерба зачастую приводят к дальнейшей травматизации, поскольку правовая система часто откровенно враждебна к жертвам изнасилования. Более того, состязательная система правосудия непременно оказывается враждебной средой; она организована как поле боя, на котором стратегии агрессивного аргументирования и психологической атаки заменяют стратегии физической силы. Женщины, как правило, немногим лучше подготовлены к этой форме сражения, чем к физическому бою. Даже те, кто подготовлен хорошо, поставлены в невыгодное положение благодаря систематической предвзятости и институциональной дискриминации, направленной против них.

Система правосудия создана для того, чтобы защищать мужчин от превосходящей силы государства, а не защищать женщин или детей от превосходящей силы мужчин. Поэтому она дает прочные гарантии для прав обвиняемых, но практически никаких гарантий для прав жертвы. Если бы кто-то решился намеренно изобрести систему для провоцирования интрузивных посттравматических симптомов, то ему не удалось бы справиться с этой задачей лучше, чем это делает действующий суд. Женщины, которые искали справедливости в системе правосудия, часто сравнивают этот опыт с повторным изнасилованием⁸³.

Неудивительно, что в результате большинство жертв изнасилования решают не связываться с неработающей на них машиной правосудия и предпочитают не подавать никаких официальных заявлений и жалоб. Исследования изнасилований раз за разом подтверждают этот факт. В полицию сообщают менее чем об одном изнасиловании из десяти. Только 1% изнасилований в итоге приводит к аресту и осуждению преступника⁸⁴. Таким образом, самая распространенная женская травма не выходит за пределы сферы частной жизни, не получая от общества ни официального признания, ни компенсации. Не существует монумента, хранящего память о переживших изнасилование.

Поэтому, чтобы исцелиться, каждой предстоит найти свой собственный путь к восстановлению связи с более широким сообществом. Мы не знаем, сколько из них успешно справляются с этой задачей. Зато мы знаем, что женщины, которые восстанавливаются наиболее успешно, — это те, кто обнаруживает в своем опыте некий смысл, выходящий за пределы личной трагедии. Чаще всего женщины находят этот смысл, объединяясь с другими в общественной деятельности. В повторном исследовании жертв изнасилования Берджесс и Хольмстрем выяснили, что женщины, которые восстанавливались успешнее всех, принимали активное учас-

тие в движении против изнасилований. Они становились волонтерами-консультантками в кризисных центрах, адвокатессами жертв в судах, лоббистками, требовавшими законодательной реформы. Одна из опрошенных ездила в другую страну, чтобы читать лекции об изнасиловании и организовать кризисный центр для его жертв⁸⁵.

Отказываясь прятаться или позволять заставлять себя молчать, упорно утверждая, что изнасилование — это проблема общества, требуя социальных перемен, выжившие воздвигают нерукотворный памятник самим себе. Сьюзан Эстрич, жертва изнасилования и профессор права, говорит об этом следующее:

«Когда я пишу об изнасиловании, я пишу о собственной жизни. Кажется, среди моих знакомых нет ни одной женщины, которая совершенно не испытывала бы страха перед изнасилованием. Некоторые из нас — и даже многие — живут с собственными историями... Иногда — скажем, когда в два часа ночи кто-то звонит мне, называется моим студентом и угрожает изнасиловать, — я думаю, что говорю слишком много. Но по большей части все не так плохо. Когда моих студенток насиловали (а это случалось), они знают, что могут поговорить со мной. Когда моих подруг насиловали, они знают, что я выжила»⁸⁶.

НЕВОЛЯ

Единичное травмирующее событие может произойти практически где угодно. Длительная повторяющаяся травма, напротив, возникает только в условиях несвободы. Когда жертва вольна спастись, она не даст воспользоваться собой во второй раз; повторяющаяся травма возникает лишь тогда, когда жертва пленена, не способна бежать и находится под контролем преступника. Такие условия, очевидно, существуют в тюрьмах, концентрационных лагерях и местах, где используется рабский труд. Кроме того, такие условия могут сложиться в религиозных сектах, публичных домах и других местах организованной сексуальной эксплуатации, а также в семьях.

Политическое лишение свободы, как правило, получает признание, в то время как домашнее заточение женщин и детей часто остается невидимым. Дом мужчины — его крепость, и редко кто понимает, что эта крепость может быть тюрьмой для женщин и детей. В условиях домашней неволи физические препятствия к спасению — редкость. Даже в самых жестоких домах нет решеток на окнах и колючей проволоки по периметру. Женщин и детей обычно не приковывают к батарее, хотя это и происходит чаще, чем вы могли бы подумать. Препятствия к побегу обычно невидимы. Тем не менее они крайне сильны. Детей делает подневольными их зависимое состояние. Женщин делает подневольными экономическая, социальная, психологическая и правовая подчиненность, равно как и физическая сила мужчин.

Лишение свободы, обуславливающее продолжительный контакт жертвы с преступником, создает отношения особого типа — отношения принудительного контроля. Это можно сказать и о ситуации, когда люди захвачены в плен исключительно силой, как в случае заключенных и заложников, и о ситуации захвата путем сочетания силы, запугивания

и обольщения, как в случае членов религиозных сект, женщин и детей, подвергающихся домашнему насилию. Психологическое воздействие подчинения принудительному контролю может обладать многими общими чертами, в какой бы обстановке оно ни возникало — в публичной сфере политики или в частной сфере сексуальных и семейных отношений.

В ситуации неволи абьюзер становится самым могущественным человеком в жизни жертвы, и ее психология формируется под влиянием его действий и воззрений. О мышлении преступника известно мало. Поскольку он презирает тех, кто стремится его понять, добровольного участия в исследованиях от него ждать не приходится. Поскольку он не считает, что с ним что-то не так, за помощью он не обращается — за исключением тех случаев, когда ввязывается в неприятности с законом. Его самая характерная черта, как по свидетельствам жертв, так и по наблюдениям психологов, — внешняя нормальность. Обычные концепции психопатологии не способны ни определить, ни понять его¹.

Эта мысль глубоко неприятна многим людям. Насколько спокойнее бы жилось, если бы преступника можно было легко распознать, если бы он был явным девиантом или ненормальным! Но он не таков. Ученый и знаток права Ханна Арендт спровоцировала большой скандал, когда сообщила о том, что полдюжины психиатров сочли нормальным Адольфа Эйхмана, совершившего невообразимые преступления против человечества*:

«Проблема с Эйхманом заключалась именно в том, что таких, как он, было очень много и что эти многие не были ни извращенцами, ни садистами, что они были и остаются ужасающе нормальными. С точки зрения правовых институтов и наших нравственных стандартов эта нормальность была куда более ужасающей, чем все его зверства, вместе взятые»².

Авторитарный, скрытный, порой страдающий манией величия или даже паранойей, абьюзер тем не менее чрезвычайно чуток к реалиям власти

* Адольф Эйхман (1906—1962) — немецкий оберштурмбаннфюрер СС, начальник Главного управления имперской безопасности, непосредственно отвечавшего за преследование, изгнание и депортацию евреев и тем самым за «окончательное решение еврейского вопроса». После войны скрылся от правосудия в Аргентине, но впоследствии был схвачен агентами израильской разведки и казнен. (Прим. ред.)

и социальным нормам. Лишь изредка у него бывают нелады с законом; наоборот, он ищет ситуации, в которых его тираническое поведение будут встречать терпимостью, попустительством или восхищением. Его вид обеспечивает превосходный камуфляж, ибо мало кто поверит, что страшное преступление может быть совершено человеком с такой обычной, ничем не примечательной внешностью.

Первой целью преступника, по-видимому, является порабощение жертвы, и он достигает этой цели, применяя деспотический контроль над каждым аспектом ее жизни. Но простая покорность редко удовлетворяет его; по-видимому, он испытывает психологическую потребность оправдывать свои преступления, а для этого ему необходима поддержка жертвы. Поэтому он неустанно требует от нее выражений почтения, благодарности или даже любви. Его высшая цель — воспитание добровольной жертвы. Заложники, политзаключенные, избиваемые женщины и рабы — все они отмечают любопытную психологическую зависимость тюремщика от своего пленника. Джордж Оруэлл так описывает тоталитарное мышление в романе «1984»:

«Мы не довольствуемся негативным послушанием и даже самой униженной покорностью. Когда вы окончательно нам сдадитесь, вы сдадитесь по собственной воле. Мы уничтожаем еретика не потому, что он нам сопротивляется; покуда он сопротивляется, мы его не уничтожим. Мы обратим его, мы захватим его душу до самого дна, мы его переделаем. Мы выжжем в нем все зло и все иллюзии; он примет нашу сторону — не формально, а искренне, умом и сердцем»³.

Стремление к полному контролю над другим человеком — общий знаменатель всех форм тирании. Тоталитарные правительства требуют покаяния и политического обращения жертв в свою веру. Рабовладельцы требуют благодарности от своих рабов. Религиозные секты требуют ритуализированных жертвоприношений в знак покорности божественной воле лидера. Преступники, совершающие домашнее насилие, требуют, чтобы их жертвы доказывали свое полное послушание и верность, оставив все остальные отношения. Секс-преступники требуют, чтобы их жертвы находили сексуальное удовлетворение в покорности. Тотальный контроль над другим человеком — это ключевая движущая сила порнографии. Эротическая привлекательность этой фантазии для миллионов ужасающе нормальных мужчин питает гигантскую индустрию, в которой женщины и дети подвергаются насилию, и не в фантазии, а в реальности⁴.

Психологическое доминирование

Методы, дающие возможность одному человеку поработать другого, на удивление однообразны. Рассказы заложников, политзаключенных и бывших узников концентрационных лагерей из всех уголков земного шара обладают пугающим сходством. Опираясь на показания политзаключенных из совершенно разных культур, Международная амнистия в 1973 году опубликовала «рейтинг принуждения», подробно описав эти методы⁵. В тоталитарных политических системах порой удается проследить передачу методов принуждения от одной тайной полицейской службы или террористической группировки к другой.

Те же методы используются для порабощения женщин в проституции, порнографии и в семье. В организованной преступной группировке сутенеры и порнографы иногда обучают друг друга методам принуждения. Систематическое применение таких методов для втягивания женщин в занятие проституцией известно как «маринование»⁶. Даже в ситуации домашнего насилия, где абьюзер не входит ни в какую организацию и не получает инструктажа по этим методам, он снова и снова изобретает их заново. Психолог Ленор Уокер в своем исследовании женщин, подвергавшихся побоям, отмечала, что техники принуждения, «хоть и были уникальны для каждого отдельного человека, все же отличались примечательным сходством»⁷.

Методы установления контроля над другим человеком основываются на систематическом, повторяющемся нанесении психологической травмы. Это организованные техники лишения жертвы власти над своей жизнью и связей с другими. Методы психологического контроля имеют целью внушить ей ужас и беспомощность и разрушить ее переживание себя, связанной с другими людьми.

Хотя насилие является универсальным методом террора, преступник может пользоваться им нечасто, прибегая к нему лишь в крайнем случае. Чтобы держать жертву в постоянном чувстве страха, нет необходимости использовать насилие слишком часто. Угроза смерти или тяжкого вреда применяется намного чаще, чем физическое насилие как таковое. Угрозы в адрес других нередко не менее эффективны, чем прямые угрозы в адрес жертвы. Избитые женщины, например, часто сообщают, что абьюзер угрожал, если они решатся бежать, убить их детей, родителей или друзей, которые их приютят.

Страх также усиливают непоследовательные и непредсказуемые вспышки насилия и принуждение к исполнению мельчайших правил. Конечная цель этих методов заключается в убеждении жертвы, что абьюзер

всемогущ, что сопротивление бесполезно и что ее жизнь зависит от того, сумеет ли она заслужить его расположение и прощение путем абсолютной покорности. Цель преступника — привить жертве не только страх смерти, но и благодарность за то, что ей позволили жить. Пострадавшие от семейного или политического насилия часто описывают случаи, когда их убеждали, что они будут убиты, но в последний момент отменяли казнь. После нескольких циклов избавления от верной гибели жертва может, как ни парадоксально, начать видеть в палаче своего спасителя.

Вдобавок к запугиванию преступник стремится разрушить чувство автономии жертвы. Это достигается путем пристального надзора и контроля над ее телом и физиологическими функциями. Преступник решает, что она ест, когда спит, когда справляет нужду, во что одета. Когда жертве отказывают в пище, сне или физической активности, этот контроль приводит к физической деградации. Но даже если основные физиологические потребности жертвы адекватно удовлетворяются, посягательство на телесную автономию наполняет ее чувством стыда и деморализует. Политзаключенная Ирина Ратушинская так описывает методы своих тюремщиков:

«Все те нормы человеческого поведения, прививаемые человеку с колыбели, подвергаются систематическому и умышленному уничтожению. Нормально ли хотеть быть чистым?.. Подцепите чесотку и кожный грибок, живите в грязи, дышите зловонием отхожего ведра, вот тогда вы пожалеете о своих проступках! Женщинам свойственна скромность? Лишний повод для того, чтобы раздевать их догола во время обыска... Нормальному человеку отвратительны грубость и ложь? Вы столкнетесь с таким количеством того и другого, что вам понадобятся все внутренние ресурсы, чтобы помнить, что есть... другая реальность... Лишь огромным усилием воли вы сохраните прежнюю, нормальную систему ценностей»⁸.

В религиозных сектах члены могут подвергаться строгому регулированию режима питания и дресс-кода, а также изнурительным допросам, касающимся их прегрешений против этих правил. Аналогичным образом пострадавшие, подвергающиеся сексуальному и домашнему насилию, часто говорят о длительных периодах депривации сна во время допросов с пристрастием, а также пристальном надзоре за их одеждой, внешностью, массой тела и режимом питания. И почти всегда, когда дело касается пленниц, будь то в политической сфере или семейной жизни, контроль над телом включает сексуальные угрозы и преступления. Одна женщина, подвергшаяся домашнему насилию, так описывает свой опыт супружеского изнасилования:

Предупреждение о триггере ИЗНАСИЛОВАНИЕ В БРАКЕ

«Это был очень жестокий брак. [Муж] придерживался крайне патриархальных взглядов. Он считал, что владеет мной и детьми, что я его собственность. В первые три недели нашего брака он велел мне смотреть на него как на бога, а слово его должно было стать для меня законом. Если я не хотела секса, а он хотел, мои желания не имели значения. Один раз... я не хотела, и между нами случилась настоящая драка. Он впал в ярость из-за того, что я ему отказала. Я протестовала и умоляла, а он гневался, потому что, по его словам, я его жена и не имею права отказывать ему. Мы были в постели, и он сумел взять меня силой. Он крупнее меня, так что он просто держал меня и насиловал»⁹.

Когда преступник добивается успеха в установлении телесного контроля над жертвой, он становится для нее источником не только страха и унижения, но и утешения. Надежда на еду, водные процедуры, доброе слово или какое-либо другое обыденное благо может стать притягательной для человека, которому достаточно долго в этом отказывают. Преступник может еще сильнее ослабить жертву, приучая ее к вызывающим зависимость веществам или алкоголю. Маленькие поблажки, «даруемые» по прихоти «хозяина», подрывают психологическое сопротивление жертвы намного эффективнее, чем непрерывные лишения и страх.

Патрисия Херст, взятая в заложники террористической ячейкой, рассказывает, как ее покорность вознаграждали небольшими улучшениями условий заключения:

«Когда я соглашалась с ними, меня выводили из камеры чаще и на более длительный срок. Они иногда позволяли мне есть вместе с ними, а порой я сидела рядом, по-прежнему с повязкой на глазах, до глубокой ночи, пока они проводили совещания или обучали группы. Они позволяли мне снимать повязку, когда запирали в камере на ночь, и это было блаженство»¹⁰.

Политзаключенные, знающие о методах принудительного контроля, уделяют особое внимание сохранению своего чувства автономии. Одна из форм сопротивления — отказ повиноваться мелким требованиям или принимать вознаграждения. Голодовка — высшее выражение этого сопротивления. Поскольку заключенный добровольно подвергает себя большим лишениям, чем те, которым подвергает его тюремщик, он утвержда-

ет свое чувство целостности и самоконтроля. Психолог Джозел Димсдейл описывает одну заключенную в нацистском концентрационном лагере, которая постилась в Йом-Кипур*, чтобы доказать своим тюремщикам, что они ее не сломили¹¹. Политзаключенный Натан Щаранский так описывает психологический эффект активного сопротивления:

«Но как только я сообщил властям, что начал голодовку, я освободился от чувств отчаянья, беспомощности и униженности от того, что вынужден терпеть произвол КГБ... Горечь и яростная решимость, копившиеся последние 9 месяцев, уступили место странному чувству облегчения: наконец-то я снова активно защищаю от *них* себя и свой мир»¹².

Использование редких вознаграждений для того, чтобы привязать жертву к преступнику, достигает своей самой изощренной формы в ситуации домашнего насилия. Поскольку никакой физический барьер не препятствует бегству, та может попытаться спастись после вспышки насилия. Часто абьюзер убеждает ее вернуться не дальнейшими угрозами, а извинениями, выражениями любви, обещаниями исправиться и призывам к верности и состраданию. На какой-то момент возникает иллюзия, что баланс сил в отношениях качнулся в противоположную сторону, поскольку абьюзер делает все, что в его силах, чтобы завоевать жертву. Его чувство собственности не слабеет, зато его выражение радикально трансформируется. Он утверждает, что его доминантное поведение просто доказывает отчаянную потребность в жертве и любовь к ней. Он и сам может в это верить. Более того, он уверяет, что его судьба в ее руках и что она обладает способностью положить конец насилию, предъявив еще больше доказательств своей любви. Уокер отмечает, что фаза «примирения» — важнейший шаг в том чтобы сломить сопротивление женщины, подвергающейся избиениям¹³. Женщина, которой со временем удалось бежать из таких абьюзивных отношений с физическим насилием, рассказывает, как эти редкие вознаграждения привязывали ее к абьюзеру:

«На самом деле все это происходило довольно циклично... и самое странное, что в хорошие периоды я едва помнила плохие. Я словно жила двумя разными жизнями»¹⁴.

* Йом-Кипур — в иудаизме самый важный из праздников, день поста, покаяния и отпущения грехов. (Прим. ред.)

Однако для достижения полного господства, как правило, необходимы дополнительные методы. Пока жертва поддерживает любые другие человеческие контакты, власть преступника ограничена. По этой причине все они без исключения стремятся изолировать своих пленниц и пленников от любого другого источника информации, материальной помощи или эмоциональной поддержки. Рассказы политзаключенных полны историй о попытках тюремщиков предотвратить коммуникацию с внешним миром и убедить пленников, что их ближайшие союзники забыли или предали их. Отчеты о семейном насилии также полны рассказов о ревностном надзоре: слежке, подслушивании, перехвате писем или телефонных звонков. Эти меры приводят фактически к одиночному заключению женщины в четырех стенах ее дома. Непрестанно сыпая обвинениями в неверности, абьюзер требует, чтобы жертва доказала ему свою верность путем отказа от работы (а вместе с ней — и от независимого источника дохода), дружеских связей и даже семейных уз.

Уничтожение привязанностей требует не только изоляции жертвы от других людей, но и разрушения ее внутренних представлений о связи с ними. По этой причине преступник часто прилагает все усилия, стараясь лишить свою пленницу любых предметов, имеющих символическое значение. Одна женщина, подвергавшаяся насилию дома, рассказывает, как ее любовник требовал ритуального жертвоприношения символов привязанности:

«Он не бил меня, но очень злился. Я думала, это потому, что он любит меня и ревнует. Но я долго не осознавала — пока все это не закончилось, — что его поведение не имело никакого отношения к теплым чувствам. Дело было совсем в другом. Он задавал мне массу вопросов о том, с кем я встречалась до знакомства с ним. Он заставил меня вынести из дома целую папку писем и фотографий и не отходил от меня, велел встать над открытым канализационным люком на дороге. Я должна была бросать их все туда, один лист за другим, — рвать их и бросать туда»¹⁵.

В начале отношений эта женщина сумела убедить себя, что пойдет лишь на одну маленькую символическую уступку. Рассказы женщин, подвергавшихся избиениям, пестрят такими неохотными жертвоприношениями, которые постепенно и незаметно разрушают их связи с другими людьми. Многие женщины, вспоминая об этом, говорят, что сами постепенно загоняли себя в капкан. Линда Лавлейс, которую принудили к занятиям проституцией и съемкам в порнографических фильмах, рассказывает, как постепенно запутывалась в силках сутенера, который первым делом уговорил ее оборвать отношения с родителями:

«Я пошла у него на поводу. Произнося эти слова, я сознаю, что в те дни шла на поводу у слишком многого... Никто не выкручивал мне руки, тогда еще — нет. Все происходило мягко и постепенно: один шагжок, потом другой... Это начиналось так незаметно, что я увидела, к чему все идет, лишь намного позже»¹⁶.

Узники совести, которые хорошо осведомлены о стратегиях контроля и сопротивления, как правило, понимают, что изоляция — это опасность, которой нужно избегать любой ценой, и что нет такого понятия, как «маленькая уступка», когда речь идет о сохранении связей с внешним миром. Как бы старательно тюремщики ни пытались разрушить их отношения, эти узники столь же старательно сохраняют коммуникацию с миром, находящимся за пределами того, в котором они заперты. Они намеренно вызывают в памяти образы тех, кого любят, чтобы сохранить свое чувство контакта. Они борются за сохранение физических символов верности. Они могут рисковать своей жизнью ради обручального кольца, письма, фотографии или какого-нибудь другого памятного символа. На такой риск, который может показаться стороннему наблюдателю героизмом или глупостью, они идут по самым что ни на есть прагматичным причинам. В условиях длительной изоляции узникам необходимы «переходные объекты» для сохранения ощущения своей связи с другими. Они понимают, что потерять эти символы привязанности — значит потерять себя.

Когда жертву изолируют, она становится все более зависимой от преступника не только в вопросах выживания и удовлетворения основных потребностей организма, но и в информационной и даже эмоциональной подпитке. Чем сильнее она напугана, тем больше искушение уцепиться за те единственные отношения, которые разрешены, — отношения с преступником. В отсутствие любого другого человеческого контакта, в отсутствие любой иной точки зрения жертва начинает видеть мир глазами своего мучителя. Херст рассказывает, как вступала в диалог с тюремщиками, думая, что сможет перехитрить их, но очень скоро они перехитрили ее:

«Со временем, хотя я едва ли осознавала это, они полностью обратили меня — или почти полностью. Точно военнопленную, продержав в том чулане с повязкой на глазах два долгих месяца, меня непрерывно бомбардировали трактовками Симбионистской армии освобождения в отношении всего: жизни, политики, экономики, социальных условий и текущих событий. После того как меня выпустили из чулана, я думала, что развлекаю их, повторяя, как попугай, их собственные клише и броские словечки, в глубине души не веря в них.

Потом... наступило что-то вроде внутреннего онемения и шока. Чтобы сохранить здравый рассудок и равновесие, день за днем функционируя в этой новой среде, я научилась действовать механически, как хороший солдат, делая то, что мне говорили, и помалкивая о своем неверии... Их реальность отличалась от всего, что я знала прежде, и она к тому времени стала и моей реальностью тоже»¹⁷.

Узники совести прекрасно осознают опасность обычного человеческого взаимодействия со своими тюремщиками. Из всех заключенных эта прослойка наиболее подготовлена к тому, чтобы сопротивляться разлагающим психологическим эффектам лишения свободы. Они выбрали свою дорогу в жизни, полностью осознавая ее опасности, у них есть четко определенные принципы и вера в своих союзников. Тем не менее даже эта в высшей степени подготовленная и мотивированная группа людей осознает, что рискует развить эмоциональную зависимость от своих тюремщиков. Они защищают себя лишь бескомпромиссным отказом вступать даже в самые поверхностные социальные отношения со своими противниками. Щаранский рассказывает, как его тянуло к тюремщикам:

«Я начинал видеть все человеческие области, которые были общими у меня с этими кагэбэшниками. Хотя это вполне естественно, это было еще и опасно из-за того, что растущее чувство нашей человеческой общности могло с легкостью стать первым шагом к моей капитуляции. Если бы следователи оставались моей единственной связью с внешним миром, я мог начать зависеть от них и искать области возможного согласия»¹⁸.

В то время как узникам совести необходимо мобилизовать все свои ресурсы, чтобы избежать развития эмоциональной зависимости от своих тюремщиков, люди, у которых нет такой замечательной подготовки, политических убеждений и моральной поддержки, часто развивают ту или иную степень зависимости. Привязанность между заложником и похитителем — скорее правило, чем исключение. Продолжительное лишение свободы в состоянии постоянного страха смерти и изоляции от внешнего мира надежно создает связь между тюремщиком и пленником. Заложники после освобождения нередко принимают сторону своих захватчиков, защищают их, навещают в тюрьме и собирают деньги на адвокатов¹⁹.

Эмоциональная связь, которая развивается между избиваемой дома женщиной и ее абьюзером, хоть и сравнима с отношениями заложника и захватчика, обладает уникальными чертами, вытекающими из особой привязанности между жертвой и преступником, когда речь идет о семейном насилии²⁰.

Заложницу берут в плен внезапно. Она поначалу ничего не знает о своем захватчике или считает его врагом. Под воздействием лишений заложница постепенно утрачивает свою прежнюю систему ценностей; она со временем начинает сочувствовать захватчику и видеть мир с его точки зрения. При домашнем насилии, напротив, жертву захватывают в плен постепенно, путем ухаживания. Аналогичная ситуация возникает в вербовочной технике «бомбардировки любовью», которую практикуют некоторые религиозные секты²¹.

Женщина, которая эмоционально привязывается к домашнему абьюзеру, первое время интерпретирует его собственническое внимание как признак страстной любви. Поначалу ей может льстить его повышенный интерес ко всем аспектам ее жизни. По мере того как он начинает вести себя все более властно и становится более доминирующим, она может уменьшать или прощать его проступки — не только из страха, но и потому, что равнодушна к нему. Чтобы сопротивляться развитию эмоциональной зависимости, как у заложницы, ей придется прийти к новому и независимому взгляду на свое положение, к активному противоречию системе ценностей абьюзера. Ей придется не только не давать себе сочувствовать тому, кто начал ее избивать, но и подавлять те теплые чувства, которые она уже к нему испытывает. Ей придется делать это вопреки убедительным аргументам бьющего ее мужчины, что, мол, еще всего одна уступка, всего одно доказательство любви, и с насилием будет покончено, а их отношения будут спасены. Поскольку для большинства женщин способность поддерживать и сохранять отношения является источником гордости и самооценки, абьюзеру часто удается заманить свою жертву в ловушку, обращаясь к ее наиболее важным ценностям. Поэтому неудивительно, что абьюзеры часто уговаривают вернуться к ним избиваемых ими женщин после того, как те попытались сбежать²².

Полная капитуляция

Ужас, редкие вознаграждения, изоляция и вынужденная зависимость способны успешно превратить человека в покорную и послушную жертву. Но последний этап в установлении психологического контроля не завершен до тех пор, пока не удастся заставить его нарушить собственные моральные принципы и предать свои базовые человеческие привязанности. С точки зрения психологии это одна из самых деструктивных принудительных техник благодаря тому, что в результате жертва начинает ненавидеть себя. Именно в тот момент, когда она под давлением вынуждена принести в жертву других, она по-настоящему сломлена.

В ситуации домашнего насилия нарушение принципов часто сопряжено с сексуальным унижением. Многие жертвы рассказывают, что их принуждали к сексуальным практикам, которые они считают аморальными или отвратительными; другие говорят, что их заставляли лгать, покрывать партнера или даже участвовать в противозаконной деятельности²³. Разрушение отношений часто включает принесение в жертву заботы о детях. Мужчины, избивающие своих жен, часто применяют насилие в отношении их детей²⁴. Хотя многие женщины, не осмеливающиеся защитить себя, бросаются защищать своего ребенка, есть и другие, запуганные настолько, что не способны вмешаться даже тогда, когда видят жестокое обращение с ним. Некоторые не только подавляют собственные внутренние сомнения и возражения, но и уговаривают детей слушаться или наказывают их за неповиновение. Опять же, этот паттерн предательства может начинаться с якобы незначительных уступок, но со временем прогрессирует до тех пор, пока даже самое вопиющее физическое или сексуальное насилие над детьми не будет происходить с молчаливого согласия жертвы. В этот момент она становится полностью деморализованной.

Те, кто был в тюремном заключении по политическим мотивам и пережил пытки, похожим образом описывают, как их заставляли беспомощно стоять рядом, когда на их глазах причиняли боль дорогим им людям. В своей повести о выживании в нацистском лагере смерти Освенцим Эли Визель подробно описывает, как преданность и верность поддерживали его самого и его отца, помогая пройти через ужасные испытания. Он пишет о многочисленных случаях, когда оба пренебрегали опасностью, чтобы остаться вместе, о многих моментах откровенности и нежности. Тем не менее автора преследуют образы тех редких моментов, когда его верность отцу давала сбой:

**Предупреждение о триггерах
ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В КОНЦЕНТРАЦИОННОМ ЛАГЕРЕ,
ПРИНУЖДЕНИЕ К СВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ НАСИЛИЮ**

«[Охранник] начал избивать его железным прутот. Поначалу отец только сгибался под ударами, потом сложился пополам, точно сухое дерево, пораженное молнией, и рухнул на землю. Я смотрел на всю эту сцену не шевелясь. И молчал. На самом деле я прикидывал, как бы мне спасти отца и самому не оказаться избитым. Более того, гнев, который я испытывал в тот момент, был направлен не на [охранника], а на отца. Я сердился на него за то, что он не понял, как избежать ярости Идека. Вот что сделала со мной жизнь в концентрационном лагере»²⁵.

С точки зрения логики можно возразить, что старания сына помочь отцу были бы напрасны, что на самом деле активная демонстрация поддержки могла бы только увеличить опасность для обоих. Но этот аргумент — плохое утешение для жертвы, которая ощущает себя предельно униженной своей беспомощностью. Даже чувство возмущения больше не поддерживает ее достоинство, ибо оно преклонилось перед волей врагов и обратилось против дорогого ей человека. Чувство стыда и поражения рождает в подвергающемся насилию человеке не только отказ вмешаться, но и осознание, что тюремщики узурпировали его внутренний мир.

Заклученные, даже те, кто оказывает успешное сопротивление, понимают, что под крайним принуждением сломаться может любой. Они, как правило, различают две стадии этого процесса. Первая — когда жертва отказывается от своей внутренней автономии, мировоззрения, моральных принципов или связей с другими ради выживания. Происходит отключение чувств, мыслей, инициативы и механизмов оценки. Психиатр Генри Кристал, работающий с людьми, пережившими нацистский холокост, описывает это состояние как «роботизацию»²⁶. Заклученные, которые пережили это психологическое состояние, часто говорят, что их низвели до уровня нечеловеческой формы жизни. Вот свидетельство Лавлейс о достижении этого состояния деградации, когда ее принудили к занятиям проституцией и порнографией:

«Поначалу я была уверена, что бог поможет мне спастись, но потом моя вера пошатнулась. Я становилась все более боязливой, я боялась всего. Сама мысль о попытке побега меня ужасала. Я была унижена всеми возможными способами, лишена всякого достоинства, низведена до уровня сперва животного, а потом овоща. Сколько бы сил у меня ни было, они начали иссякать. Все они уходили на простое выживание: дожить до завтра — это уже была победа»²⁷.

А вот описание столь же унижительного опыта Якобо Тимермана, аргентинского издателя и литератора, который был брошен в тюрьму и подвергнут пыткам как политический диссидент:

«Хотя я не способен передать масштабов этой боли, пожалуй, могу дать один совет тем, кого ждут пытки в будущем... За те полтора года, что я провел под домашним арестом, я много думал о том, как вел себя во время пыток и одиночного заключения. Я осознал, что инстинктивно развил в себе подход абсолютной пассивности... Я чувствовал, что

становлюсь овощем, отбрасывая в сторону все оправданные эмоции и ощущения — страх, ненависть, жажду мести, — поскольку любые эмоции и ощущения означали пустую и бесполезную растрату энергии»²⁸.

Это состояние психологической деградации обратимо. Жертвы часто рассказывают, как во время заключения у них чередовались периоды покорности и более активного сопротивления. Вторая, необратимая, стадия надлома личности достигается, когда жертва теряет волю к жизни. Это не то же самое, что склонность к суициду: люди в заключении постоянно живут с мыслями о суициде, и периодические попытки покончить с собой не противоречат общей решимости выжить. Тимерман, в сущности, описывает желание убить себя в этих экстремальных обстоятельствах как признак сопротивления и гордости. Желать убить себя, констатирует он, «значит ввести в свою повседневную жизнь нечто, способное посоперничать с творящимся вокруг насилием... Это как быть на равных со своими тюремщиками»²⁹. Позиция суицида активна, она сохраняет внутреннее чувство контроля. Как и в случае объявления голодовки, заключенный утверждает свое сопротивление готовностью покончить с жизнью.

Потеря воли к жизни, напротив, представляет собой заключительную стадию процесса, который Тимерман описывает как усвоение «позиции абсолютной пассивности». Люди, прошедшие через нацистские концентрационные лагеря, говорят об этом ровном фаталистическом состоянии, которое прозвали «музельманским»*. Заключенные, достигшие этой точки деградации, больше не стремились найти пищу или согреться, не совершали попыток избежать побоев. Их считали живыми мертвецами³⁰. Пережившие экстремальные ситуации часто вспоминают некий поворотный момент, когда ощущали соблазн войти в это терминальное состояние, но делали выбор в пользу борьбы за жизнь. Херст описывает этот момент следующим образом:

«Я знала, что становлюсь все слабее и слабее в результате заключения. Но в этот раз меня охватило отчетливое ощущение, что я умираю. Существовал некий порог, точка невозврата, который я могла чувствовать, и ощущала, что я на грани. Мое тело было истощено, обессилено; я не смогла бы встать, даже если бы была вольна уйти... Я так устала, так устала! Единственное, чего мне хотелось, — спать. И я понимала,

* Музельман — дословно с идиша «мусульманин»; исламскому мировоззрению иногда приписывали крайний фатализм, покорность судьбе. (Прим. ред.)

что это опасно, фатально, как для того, кто заблудился в арктических снегах, опустил голову, чтобы чуточку вздремнуть, и никогда больше не проснулся. Мой разум внезапно ожил и осознал все это. Я видела происходившее со мной, словно была где-то вне своего тела... Там, в камере, шел безмолвный бой, и мой разум победил. Добровольно, находясь в ясном и твердом уме, я решила, что не умру — только не с моего согласия! Я буду бороться всеми силами, чтобы выжить»³¹.

Синдром хронической травмы

У людей, подвергающихся длительной повторяющейся травме, развивается коварная, прогрессирующая форма посттравматического стрессового расстройства, которая вторгается в личность и разъедает ее. В то время как жертве единичной тяжелой травмы какое-то время после травмирующего события может казаться, что она «не в себе», жертва хронической травмы может чувствовать, что ее «я» изменилось необратимо, или вообще утратить связь с ощущением, что у нее есть какое-то «я».

Любой травмированный человек больше всего боится того, что момент ужаса вернется, а у жертв хронического насилия этот страх становится реальностью. Неудивительно, что повторение травмы усиливает все симптомы перевозбуждения нервной системы, характерные для ПТСР. Хронически травмированные люди постоянно сверхбдительны, тревожны и взволнованы. Психиатр Элейн Гилберман так описывает состояние постоянного страха, в котором живут женщины, подвергавшиеся домашнему насилию:

«События, хотя бы отдаленно связанные с насилием, — сирены, гром, грохот захлопнувшейся двери — вызывали сильный страх. Присутствовало постоянное предчувствие неминуемого рока, чего-то ужасного, что вот-вот случится. Любой символический или реальный признак потенциальной опасности приводил к усиленной активности, волнению, нервному расхаживанию, крикам и плачу. Женщины ни на миг не теряли бдительности, были не способны расслабиться или уснуть. Всех их мучили кошмарные сны с явными темами насилия и опасности»³².

Люди с хронической травмой забывают о базовом состоянии физического покоя или комфорта. Со временем им начинает казаться, что само их тело ополчилось против них. Они начинают жаловаться не только на бессонницу и возбуждение, но и на разнообразные соматические сим-

птомы. Головные боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, боли в брюшной полости, спине или области таза — явления крайне распространенные. Пострадавшие от длительной травмы могут жаловаться на тремор, ощущение удушья или учащенное сердцебиение. При изучении переживших холокост психосоматические реакции наблюдались практически у всех³³.

Сходные симптомы были отмечены у беженцев из концентрационных лагерей Юго-Восточной Азии³⁴. Некоторые люди, выжившие в длительных травмирующих ситуациях, могут оценивать ущерб, нанесенный им продолжительным лишением свободы, преимущественно в соматических терминах. А могут настолько привыкнуть к своему состоянию, что перестают осознавать связь между симптомами физического дистресса и ужасными условиями, в которых эти симптомы формировались.

Интрузивные симптомы посттравматического стрессового расстройства также преобладают у переживших длительную повторяющуюся травму. Но в отличие от интрузивных симптомов острой единичной травмы, которые имеют тенденцию сокращаться в течение нескольких недель или месяцев, симптомы хронической травмы могут оставаться почти неизменными спустя много лет после освобождения из длительного плена. Например, исследования солдат, взятых в плен во время Второй мировой войны или войны в Корее, показали, что и через 35—40 лет после освобождения у большинства этих мужчин продолжались кошмарные сны, стойкие флешбэки и экстремальные реакции на напоминавшие о пребывании в плену стимулы³⁵. Эти симптомы у бывших военнопленных были более тяжелыми, чем у ветеранов войн той же эпохи, избежавших плена³⁶. Спустя 40 лет бывшие узники нацистских концлагерей тоже сообщали о стойких и тяжелых интрузивных симптомах³⁷.

Но главная черта посттравматического стрессового расстройства, которая проявляется наиболее ярко у хронически травмированных людей, — это избегание или сужение опыта. Когда человека помещают в обстоятельства, где его идентичность сведена к одной цели простого выживания, психологическое избегание становится важнейшей формой адаптации. Оно применяется к каждому аспекту жизни: отношениям, деятельности, мыслям, воспоминаниям, эмоциям и даже чувственным ощущениям. И хотя избегание в период лишения свободы выполняет адаптивную функцию, оно также ведет к своего рода атрофии психологических возможностей, которые были подавлены, и к чрезмерному развитию одинокого внутреннего мира.

Люди в неволе становятся мастерами в искусстве изменения сознания. Путем практики диссоциации, добровольного подавления мыслей,

минимизации, а иногда и открытого отрицания происходящего они учатся изменять невыносимую реальность. Принятая в психологии терминология не имеет названия для этого сложного комплекса психологических маневров, одновременно сознательных и бессознательных. Пожалуй, наиболее подходящим термином будет *двоемыслие* в определении Оруэлла:

«Двоемыслие означает способность одновременно держаться двух противоречащих друг другу убеждений. [Человек] знает, в какую сторону менять свои воспоминания; следовательно, осознает, что мошенничает с действительностью; однако при помощи *двоемыслия* он уверяет себя, что действительность осталась неприкосновенна. Этот процесс должен быть сознательным, иначе его не осуществишь аккуратно, но должен быть и бессознательным, иначе возникнет ощущение лжи... Даже пользуясь словом *двоемыслие*, необходимо прибегать к *двоемыслию*»³⁸.

Способность одновременно придерживаться противоположных убеждений — одна из характерных черт трансовых состояний. Способность изменять восприятие — другая характерная черта. Заключение часто учат друг друга искусственно вызывать такие состояния с помощью монотонного напева, молитвы и простых методов гипноза. Эти методы сознательно применяются для того, чтобы выдерживать голод, холод и боль. Алисия Партной, одна из «исчезнувших»^{*} в Аргентине, так описывает свою первую безуспешную попытку войти в состояние транса:

«Наверное, это голод пробудил во мне любопытство к экстрасенсорному восприятию. Я начала с расслабления мышц. Я думала, что мое сознание, лишенное веса, устремится в задуманном мною направлении. Но эксперимент провалился. Я рассчитывала, что моя душа, поднявшись к потолку, сможет наблюдать за телом, лежащим на матрасе с полосками от крови и грязи. Но этого не случилось. Наверное, на глазах моего разума тоже была повязка»³⁹.

Впоследствии, научившись техникам медитации у других узников, Алисия могла ограничивать физическое восприятие боли и эмоциональные реакции ужаса и унижения, изменяя свое чувство реальности. Иллюстрируя степень успешной диссоциации, она рассказывает об этом в третьем лице:

^{*} «Исчезнувшими» называли тайно похищенных аргентинскими диктатурами инакомыслящих в ходе так называемой грязной войны — политики государственного терроризма в отношении собственного народа. (Прим. ред.)

«— Снимай одежду.

Она стояла в нижнем белье, не опуская головы. Ждала.

— Всю одежду, я сказал.

Она сняла оставшиеся вещи. Ей казалось, будто тюремщиков не существует, будто они всего лишь омерзительные черви, которых она может изгнать из своего сознания мыслями о приятных вещах»⁴⁰.

Во время продолжительного лишения свободы и изоляции некоторые узники способны развивать способности к трансу, которые обычно наблюдаются лишь у хорошо поддающихся гипнозу людей. В их числе способность к формированию позитивных и негативных галлюцинаций и диссоциации отдельных составляющих личности. Элейн Мохамед, политзаключенная из Южной Африки, описывает свои психологические изменения в период неволи следующим образом:

«Я начала галлюцинировать в тюрьме, наверное, пытаюсь побороть одиночество. Помню, как во время суда надо мной кто-то задал мне вопрос: “Элейн, что вы делаете?” Я в этот момент махала рукой за спиной и ответила ему: “Глажу свой хвост”. Я представляла себя белкой. Многие мои галлюцинации были связаны со страхом. Окошки в моей камере располагались слишком высоко, чтобы из них выглядывать, но я, галлюцинируя, представляла, как кто-то проникает в мою камеру, например волк...

И еще я начала разговаривать сама с собой. Мое второе имя — Роуз, и я всегда его терпеть не могла. Иногда я была Роуз, которая разговаривала с Элейн, а иногда — Элейн, которая разговаривала с Роуз. Мне казалось, что “я-Элейн” сильнее, а “себя-Роуз” я презирала. Она была той слабачкой, которая плакала, расстраивалась, не могла вынести наказание и должна была сломаться. Элейн же *все* было по плечу»⁴¹.

Вдобавок к использованию трансовых состояний заключенные развивают способность добровольно ограничивать и подавлять свои мысли. Эта практика особенно часто применяется к любым мыслям о будущем. Размышления о будущем возбуждают тоску и надежду, настолько сильные, что узники не в силах их вынести. Узники быстро понимают, что эти эмоции приведут их к разочарованию, а разочарование — к отчаянию. Поэтому они сознательно сокращают поле внимания, фокусируясь на крайне ограниченных целях. Будущее сводится к считанным часам или дням.

Изменения в восприятии времени начинаются с исключения будущего, но со временем прогрессируют до исключения прошлого. Активно сопротивляющиеся узники сознательно вызывают воспоминания о прошлой жизни, чтобы бороться с изоляцией. Но по мере того как принуждение принимает более экстремальные формы, а сопротивление слабеет, заключенные теряют чувство связи со своим прошлым. Прошлое, как и будущее, становится слишком болезненным, чтобы его вынести из-за того, что воспоминания, как и надежда, вызывают страстную тоску по утраченному. Таким образом, узники со временем приходят к жизни в бесконечном настоящем. Прямо Леви, бывший узник нацистских лагерей смерти, так описывает это вневременное состояние:

«К августу 1944 года мы, отбывшие уже пятимесячный срок, считались старожилами... Мы постигли мудрость слов “не пытаться понять”, взяли за правило не заглядывать в будущее, не думать, как и когда все это закончится, ни о чем не спрашивать себя и других... Для живых временные отрезки всегда имеют свою ценность... Для нас история остановилась»⁴².

Разрыв связи между настоящим и прошлым часто сохраняется и после освобождения. Заключенный может на первый взгляд вернуться к обычному восприятию времени, в то время как психологически остаться привязан к безвременью тюрьмы. В попытке вернуться к обычной жизни бывшие заключенные могут сознательно подавлять воспоминания о своей неволе, используя все приобретенные возможности контроля мыслей. В результате хроническая травма лишения свободы не может быть интегрирована человеком в непрерывную историю его жизни. Исследователи, изучавшие военнопленных, например, с изумлением сообщают, что они никогда и ни с кем не обсуждали свой опыт. Многие мужчины, женившиеся после освобождения, никогда не рассказывали ни женам, ни детям о том, что были в плену⁴³.

Аналогичным образом исследователи, беседовавшие с бывшими узниками концентрационных лагерей, неоднократно отмечали их отказ говорить о прошлом⁴⁴. Однако чем упорнее отрицание периода неволи, тем более живым остается этот исключенный фрагмент прошлого, сохраняя действующие в настоящем характеристики травматического воспоминания.

Таким образом, даже через годы после освобождения бывший заключенный продолжает практиковать двоемыслие и существовать од-

новременно в двух реальностях, двух моментах времени. Переживание настоящего часто бывает смутным, в то время как интрузивные воспоминания о прошлом ярки и отчетливы. Исследование бывших узников концентрационных лагерей обнаружило это «двойное сознание в действии» у женщины, которая была освобождена двадцатью годами ранее. Глядя на израильских солдат, проходивших за окном, эта женщина, по ее словам, «знала», что они идут сражаться на границе. Однако она одновременно «знала», что их гонит на смерть командир-нацист⁴⁵. Хотя женщина не теряла связи с реальностью настоящего, убедительной была для нее именно реальность прошлого.

Наряду с изменениями в ощущении времени приходит сокращение инициативы и планирования. Узники, которых не сломали до конца, не отказываются от активного взаимодействия со своим окружением. Напротив, они часто решают мелкие повседневные задачи выживания с выдающейся изобретательностью и решительностью. Но поле инициативы все более сужается в зависимости от рамок, устанавливаемых преступником. Узник больше не думает о бегстве — лишь о том, как остаться в живых или облегчить свое заточение. Заключенный концентрационного лагеря строит планы, как добыть пару ботинок, ложку или одеяло; группа политзаключенных придумывает, как тайно вырастить овощи; проституированная женщина хитрит, чтобы припрятать часть денег от сутенера; избиваемая женщина учит детей прятаться, когда нападение неминуемо.

Это сужение поля инициативы становится привычным при длительном лишении свободы, и от него приходится отучаться после того, как узник выходит на волю. Политический диссидент Маурисио Розенкоф так описывает трудности возвращения к свободной жизни после многих лет заключения:

«Едва выйдя на свободу, мы внезапно столкнулись со всеми этими проблемами... Абсурдными проблемами — дверными ручками, например. У меня пропал рефлекс протягивать руку к дверной ручке. Мне не приходилось этого делать — не было *позволено* этого делать — больше тринадцати лет. Я подходил к закрытой двери и мгновенно чувствовал себя загнанным в угол: я не мог вспомнить, что делать дальше. Или вот еще проблема — как сделать темную комнату освещенной. Как работать, оплачивать счета, ходить за покупками, навещать друзей, отвечать на вопросы. Моя дочь подсказывает мне, что нужно делать, и я в состоянии справиться с одной задачей, могу справиться с двумя. Но когда звучит третья, я слышу ее голос, но разум мой где-то не здесь»⁴⁶.

Это сокращение возможностей активного взаимодействия с миром, которое часто встречается даже после единичной травмы, становится наиболее выраженным у людей с хронической травмой, которых часто описывают как пассивных или беспомощных. Некоторые теоретики ошибочно применяют концепцию «выученной беспомощности» к женщинам, пережившим или переживающим домашнее насилие, и к другим людям, подвергающимся хронической травме⁴⁷. Такие концепции склонны изображать жертву как просто побежденную или апатичную, в то время как в действительности происходит намного более оживленная и сложная внутренняя борьба. В большинстве случаев жертва не сдается. Но она усвоила, что за любым ее действием будут наблюдать, что большинство из них под запретом и что за ошибку придется дорого заплатить. В той мере, в какой преступник преуспел в тирании, в насаждении требования тотального послушания, жертва будет рассматривать любое проявление собственной инициативы как неподчинение. Прежде чем предпринять какое-либо действие, она будет изучать среду, ожидая ответных мер.

Длительное лишение свободы подрывает или разрушает нормальное представление о сравнительно безопасном применении инициативы, в котором допустим метод проб и ошибок. Для хронически травмированного человека любой поступок влечет за собой потенциально тяжкие последствия. Ошибкам места нет. Розенкоф пишет об этом постоянном ожидании наказания:

«Я живу, вечно съезжившись. То и дело останавливаюсь, чтобы пропустить вперед того, кто оказался позади меня: мое тело продолжает ожидать удара»⁴⁸.

Ощущение, что преступник по-прежнему рядом даже после освобождения, сигнализирует о серьезных изменениях в мире взаимоотношений жертвы с людьми. Навязанные в неволе отношения, которые неизбежно монополизируют ее внимание, становятся частью ее внутренней жизни и продолжают занимать внимание после освобождения. У политзаключенных эти затянувшиеся отношения могут принимать форму мрачной фиксации на преступных делах тех, кто бросил их в тюрьму, или более абстрактного беспокойства в связи с безнаказанностью зла, творимого в мире. Освобожденные узники часто продолжают интересоваться своими тюремщиками и бояться их. У пострадавших от сексуальной эксплуатации, семейного насилия и религиозных сект эти затянувшиеся отношения могут принимать невидимую форму: жертва продолжает бояться своего

бывшего преследователя и ожидает, что в итоге он ее настигнет, но при этом чувствует себя без него опустошенной, потерянной и бесполезной.

У политических заключенных, которые не подвергаются полной изоляции, агрессивное отношение к тюремщикам может смягчаться из-за привязанности к людям, разделяющим их судьбу. Заключенным, которым посчастливилось создать крепкие узы с другими, знакомы те великодушные, мужество и преданность, которые могут проявляться у людей в экстремальной ситуации. Способность формировать сильные привязанности не разрушается и в самых адских условиях: дружба заключенных процветала даже в нацистских лагерях смерти. Во время исследований отношений между заключенными в этих лагерях выяснилось, что подавляющее большинство пленников составляли «стабильные пары». Это были преданные дружеские отношения взаимовыручки и взаимозащиты. Исследователи пришли к выводу, что именно пара, а не отдельная личность, была «базовой единицей выживания» в лагере⁴⁹.

Однако у изолированных узников, не имеющих возможности вступать в дружеские отношения с другими заключенными, парные узы могут возникнуть с пленителем, и тогда они начнут ощущаться как «базовая единица выживания». Такие травматические привязанности возникают у заложников, которые начинают видеть в захватчиках спасителей и боятся и ненавидят тех, кто действительно их спасает. Мартин Симондс, психоаналитик и полицейский, описывает этот процесс как вынужденную регрессию к «психологической инфантильности», которая «заставляет жертв цепляться за того самого человека, который подвергает опасности их жизнь»⁵⁰. Он регулярно наблюдает этот процесс у полицейских, которых в процессе исполнения служебного долга похищают и держат в заложниках.

Те же травматические узы могут возникать между жертвой домашнего насилия и абьюзером⁵¹. Неоднократное переживание ужаса, сменяемого временной передышкой, особенно в изолированном контексте любовных отношений, может приводить к ощущению сильной, почти религиозной зависимости от всемогущего, богоподобного авторитета. Жертва может жить в страхе перед его гневом, но при этом рассматривать его как источник силы, наставлений и самой жизни. Эти отношения могут приобретать необыкновенное качество «уникальности». Некоторые жертвы насилия рассказывают, что попадали в некий исключительный, почти иллюзорный мир, принимая систему убеждений своих партнеров и в доказательство верности и покорности добровольно подавляя собственные сомнения. О похожих переживаниях регулярно рассказывают люди, втянутые в тоталитарные религиозные секты⁵².

Даже после того как жертве удалось спастись, невозможно просто восстановить ее отношения в том виде, в каком они существовали до пленения. Потому что все отношения теперь рассматриваются ею сквозь призму экстремальности. Как нет места умеренной вовлеченности или риску в сфере инициативы, так нет им места и в отношениях. Никакие обычные отношения не сравнятся по интенсивности с патологической связью с абьюзером.

В любом контакте базовое доверие оказывается под вопросом. Для освобожденного узника существует лишь одна история — история зверств — и лишь ограниченное число ролей: любой человек может быть в ней преступником, пассивным свидетелем, союзником или спасителем. К любым новым или прежним отношениям человек подходит с осторожным вопросом: на чьей ты стороне? Наибольшее презрение у жертвы часто вызывает не абьюзер, а пассивный зритель, зевака. Здесь уместно вновь обратиться к гласу принудительно проституированной Линды Лавлейс, обличающей тех, кто предпочел не вмешиваться:

«Большинство людей не представляют, как резко я осуждаю их, потому что я ничего не говорю. Я ограничиваюсь тем, что вычеркиваю их из своей жизни. Навсегда. У этих мужчин был шанс мне помочь, а они не откликнулись»⁵³.

Те же горечь и чувство брошенности слышатся в словах бывшего политзаключенного Тимермана:

«Холокост поймут не столько по числу жертв, сколько по масштабам молчания. И больше всего мне не дает покоя повторение такого молчания»⁵⁴.

Длительное лишение свободы разрывает все человеческие отношения и усиливает диалектику травмы. Выжившие колеблются между сильной привязанностью и испуганным бегством. Они подходят к любым отношениям так, словно это вопрос жизни и смерти. Они могут отчаянно цепляться за человека, которого воспринимают как спасителя; внезапно бежать от человека, в котором подозревают абьюзера или его сообщника; демонстрировать крайнюю лояльность и преданность человеку, которого воспринимают как союзника; и обрушивать гнев и презрение на человека, который кажется им самодовольным зрителем. Роли, которые они отводят другим, могут внезапно меняться в результате небольших промахов или разочарований, ибо никакое их внутреннее представление

о другом человеке более не является стабильным. Повторюсь, ошибкам места нет. Поскольку большинство людей проваливают тест на доверие, те, кто выжил в длительной травмирующей ситуации, склонны самоустраняться из отношений. Таким образом, их изоляция сохраняется даже после освобождения.

Длительное лишение свободы также вызывает глубокие изменения в идентичности жертвы. Все психологические структуры «я» — представление о своем теле, интернализованные образы других людей, ценности и идеалы, дающие человеку чувство логической связности и цели, — подвергаются грубому вторжению и систематическим атакам. Во многих тоталитарных системах этот дегуманизирующий процесс доходит до того, что у жертвы отнимают ее собственное имя. Тимерман называет себя «безымянным узником». В концентрационных лагерях имя заключенного заменяется дегуманизированным обозначением — номером. В политических культах, религиозных сектах и системах организованной сексуальной эксплуатации жертве часто дается новое имя, что знаменует полное стирание ее предыдущей идентичности и покорность новому порядку. Так, Патрисия Херст была наречена Таней-революционеркой*; Линде Борман был присвоен псевдоним «Линда Лавлейс, шлюха».

Даже после освобождения из неволи пострадавшие не могут вернуть себе прежнюю идентичность. Любая новая идентичность, которую они развивают на свободе, должна включать память об их порабощенном «я». Их представление о собственном теле должно учитывать то тело, которое было объектом контроля и посягательств. Их образ себя в отношениях должен включать личность, способную терять и быть потерянной для других. А их моральные идеалы должны сосуществовать с пониманием как чужой, так и своей собственной способности творить зло. Если они были вынуждены предать собственные принципы или пожертвовать другими людьми, теперь им приходится мириться со своим образом сообщника или сообщницы, «сломленного» человека. Результатом в большинстве случаев оказывается конструирование «загрязненной» идентичности**. Бывшие жертвы могут испытывать стыд, ненависть к себе и ощущение собственной никчемности.

В самых тяжелых случаях жертва сохраняет дегуманизированную идентичность узника, сведенного к уровню простого выживания: работа,

* В честь революционерки Тамары (Тани) Бунке, бойца отряда Че Гевары. (Прим. ред.)

** Люди могут переживать себя тотально плохими и воспринимать эту «плохость» как единственную правду о себе, скрывающуюся за всем, что ей противоречит.

животного или овоща. Психиатр Уильям Нидерленд, изучая переживших холокост, заметил, что изменения идентичности были характерной чертой «синдрома выжившего». В то время как большинство его пациентов жаловались: «Я теперь — другой человек», пострадавшие особенно сильно говорили: «Я теперь — не человек»⁵⁵.

Эти глубокие изменения в «я» и отношениях неизбежно заставляют жертв усомниться в базовых принципах веры. Есть люди, обладающие сильной и устойчивой системой убеждений, которые способны выдержать заточение и выйти из него с не изменившейся или даже укрепившейся верой. Но таких немного. У большинства же рождается горькое чувство брошенности богом. Переживший холокост Визель выражает эту горечь:

«Я никогда не забуду то пламя, которое навеки поглотило мою веру. Никогда не забуду то ночное безмолвие, которое на веки вечные лишило меня желания жить. Никогда не забуду те моменты, которые убили моего бога и мою душу и превратили мои мечты в прах. Никогда не забуду я все это, даже если буду обречен жить столько же, сколько сам бог. Никогда»⁵⁶.

Эти сокрушающие психологические утраты могут привести к хроническому состоянию депрессии. Затяжная депрессия обнаруживается почти во всех клинических исследованиях людей с хронической травмой и является самым частым ее следствием⁵⁷. Каждый аспект переживания длительной травмы усугубляет депрессивные симптомы. Хроническое перевозбуждение и интрузивные симптомы ПТСР смешиваются с вегетативными симптомами депрессии, порождая в итоге то, что Нидерленд называет «триадой выжившего»: бессонницу, кошмарные сны и психосоматические расстройства⁵⁸.

Диссоциативные симптомы этого расстройства сливаются с концентрированными проблемами, вызываемыми депрессией. Паралич инициативы при хронической травме сочетается с апатией и беспомощностью депрессии. Разрыв связей, сопровождающий хроническую травму, усиливает изоляцию депрессии. Обесцененный образ «я», созданный хронической травмой, питает депрессивные навязчивые размышления о вине. А утрата веры, вызванная хронической травмой, сливается с безнадежностью депрессии.

Сильный гнев заключенного тоже увеличивает бремя депрессии. В период лишения свободы жертва не может выплеснуть свою униженную ярость на удерживающего ее преступника, поскольку это поставило бы под угрозу ее выживание. Даже после освобождения бывший узник

может продолжать бояться наказания и неохотно выражать гнев в адрес своего тюремщика. Более того, он продолжает нести бремя невысказанной ярости на всех тех, кто оставался безразличным к его судьбе и не помог ему. Периодические вспышки гнева могут еще больше отчуждать пострадавшего от других и препятствовать восстановлению отношений. В попытках контролировать гнев он еще больше отдаляется от других людей, таким образом упрочивая свою изоляцию.

Наконец, выжившие могут направить свою ярость и ненависть на себя. Суицидальность, которая служила формой сопротивления во время заключения, может надолго задерживаться и после освобождения, когда она уже не служит никакой адаптивной цели. Исследования бывших военнопленных отмечают высокие показатели смертности в результате убийств, самоубийств и подозрительных несчастных случаев⁵⁹. Исследования женщин, переживших домашнее насилие, тоже фиксируют стойко высокий уровень суицидальности. В одной группе из ста женщин, подвергавшихся избиениям, 42% совершали попытку самоубийства⁶⁰.

Таким образом, бывшие узники уносят с собой ненависть своих тюремщиков даже после освобождения, а иногда и собственными руками продолжают исполнять их разрушительные намерения. Еще долгое время после освобождения люди, подвергавшиеся принудительному контролю, носят на себе психологические рубцы несвободы. Они страдают не только от классического посттравматического стрессового расстройства, но и от глубоких изменений в своих отношениях с богом, с другими людьми, с самими собой.

Говоря словами Леви, пережившего холокост, «мы поняли, как хрупка человеческая личность: потерять ее легче, чем саму жизнь. Древние мудрецы, вместо того чтобы напутствовать нас: «Помни о смерти!», лучше бы предостерегли от этой, гораздо более серьезной, опасности, которая нам угрожает. Если бы из-за лагерной колючей проволоки мы имели возможность отправить послание свободным людям, оно звучало бы так: «Вы, живущие в своих домах, не допустите, чтобы с вами произошло то, что происходит здесь с нами»⁶¹.

НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ

Повторяющаяся травма во взрослой жизни разъедает структуру уже сформированной личности, но повторяющаяся травма в детстве формирует и деформирует личность. Ребенок, запертый в ловушке абьюзивной среды, сталкивается с чудовищно сложными задачами адаптации. Он должен найти способ сохранить чувства доверия к людям, которым доверять нельзя, безопасности в ситуации, которая небезопасна, контроля в ситуации, которая ужасающе непредсказуема, и силы в ситуации беспомощности. Неспособный позаботиться о себе и защитить себя, он должен компенсировать отсутствие заботы и защиты со стороны взрослых единственным средством, имеющимся в его распоряжении, — незрелой системой психологических защит.

Патологическая среда насилия в детстве вынуждает развивать экстраординарные способности, как созидательные, так и разрушительные. Она способствует развитию аномальных состояний сознания, в которых обычные отношения тела и разума, реальности и воображения, знания и памяти больше не существуют. Эти измененные состояния сознания допускают появление поразительного числа симптомов, как соматических, так и психологических. Эти симптомы одновременно скрывают и обнаруживают свои корни; они говорят на зашифрованном языке тайн, слишком ужасных, чтобы выражать их словами.

Сотни лет наблюдатели описывали эти симптомы со смесью восхищения и ужаса. Терминология сверхъестественного, на триста лет изгнанная из научного дискурса, продолжает вторгаться в самые успешные попытки описать психологические проявления хронической детской травмы. Так, например, Фрейд, человек откровенно нерелигиозный, в момент глубочайшего погружения в исследования травматических истоков истерии признавал аналогии между собственными исследованиями и более ранними религиозными изысканиями:

«Кстати, что бы вы ответили, если бы я сказал вам, что вся моя новейшая теория о первичных истоках истерии уже была известна и опубликована сотню раз, пусть и несколько столетий назад? Помните, как я всегда утверждал, что средневековая теория одержимости, которой придерживались церковные суды, была идентична нашей теории о чужеродном теле и расщеплении сознания? Но зачем дьявол, овладевая бедными жертвами, неизменно творил с ними прегрешения, да еще такими чудовищными способами? Почему признания, вырванные под пытками, настолько похожи на то, что рассказывают мне пациентки во время психологического лечения?»¹

Ответ на этот вопрос исходит от тех, кому повезло найти способ взять под контроль свое восстановление и, таким образом, стать субъектами собственного поиска истины, а не объектами изучения. Сильвия Фрейзер, писательница, пережившая в прошлом инцест, рассказывает о своем путешествии к пониманию своего опыта:

«Конвульсий становится больше, когда мое тело разыгрывает другие сценарии, берущие корни из кошмаров, после которых у меня в глотке остаются язвы, а в животе — ощущение тошноты. Сокращения так сильны, что порой мне кажется, будто я пытаюсь дышать сквозь осклизлый лишай, цепляющийся за мою грудь, вызывающий мысли об инкубе, который в средневековом фольклоре насиловал спящих женщин, рожавших потом демонов... В более суеверном обществе во мне, вероятно, увидели бы ребенка, одержимого дьяволом. Тогда как на самом деле я была одержима папочкиным вилообразным орудием — дьяволом в человеческом облике»².

В былые времена, отмечает Фрейзер, ее вполне могли осудить как ведьму. В эпоху Фрейда ее диагностировали бы как классическую истеричку. Сегодня ей поставили бы диагноз «расстройство множественной личности»^{*}. Она сообщает о многочисленных психиатрических симптомах, включающих истерические припадки и психогенную амнезию, начавшуюся в детстве, анорексию и промискуитет в подростковом возрасте и сексуальную дисфункцию, трудности в близких отношениях, депрессию и сильную суицидальность во взрослом возрасте. Описание опыта Фрейзер с ее широким спектром симптомов, фрагментированной личностью, тяжелыми нарушениями и невероятной внутренней силой — типично для выживших.

^{*} Диссоциативное расстройство идентичности согласно МКБ-11.

Благодаря своим замечательным творческим талантам она была способна воссоздать историю своего «я», сформированного под бременем многократного насилия, от которого не было спасения, и четко проследить путь развития идентичности от жертвы к пациентке психиатра и от пациентки — к выжившей.

Насильственная среда

Хроническое насилие в детстве совершается в семейной атмосфере постоянного ужаса, в которой обычные отношения заботы о ребенке глубоко повреждены. Выжившие в такой среде так описывают ее типичные характеристики: тотальный контроль, подкрепляемый насилием и угрозами смертью, требование соблюдения многочисленных мелких правил, редкие вознаграждения, разрушение всех конкурирующих отношений посредством изоляции, секретности и предательства. Дети, растущие в таком климате, в еще большей степени, чем взрослые, развивают патологическую привязанность к тем, кто обращается с ними жестоко и пренебрегает ими. Эту привязанность они стараются поддерживать даже ценой собственного благополучия, собственных представлений о реальности или своей жизни.

О вездесущем страхе смерти вспоминают в своих рассказах многие люди, выжившие в детстве в насильственной среде. Иногда ребенка заставляют молчать с помощью насилия или прямо угрожают убийством; чаще, по сообщениям выживших, абьюзер угрожает ребенку, что в случае сопротивления или попытки разоблачения он нанесет вред, убьет другого члена семьи — брата, сестру, второго родителя или самого себя. Угрозы насилия или смерти могут также быть направлены на домашних питомцев; многие пострадавшие рассказывают о том, что их заставляли смотреть на садистское истязание животных. Вот два описания подобных сцен:

Предупреждение о триггере НАСИЛИЕ НАД ЖИВОТНЫМИ. ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ

«Я увидела, как отец пинком отшвырнул собаку через всю комнату. В этой собаке заключался весь мой мир. Я подбежала и обняла ее. Он страшно рассердился. Разорался. Силой развернул меня к себе и обозвал шлюхой и сукой. В лице его была такая злоба, что он показался мне незнакомцем. Он сказал: раз ты так много о себе возмнила, я покажу тебе, чего ты стоишь. Затем прижал

меня к стене. У меня перед глазами все побелело. Я не могла пошевелиться. Боялась, что сломаюсь пополам. Постепенно я перестала что-либо чувствовать. Я думала про себя: вот сейчас ты умрешь. Что бы ты ни натворила, это твой приговор»³.

«Я часто думала, когда отец напивался, что он нас убьет. Однажды он долго держал под прицелом мать и нас с братом. Это длилось несколько часов. Я помню стену, у которой мы стояли. Я старалась хорошо себя вести и делать все, что мне прикажут»⁴.

Вдобавок к страху перед насилием выжившие часто отмечают затопляющее чувство беспомощности. В неблагополучной, абьюзивной семейной атмосфере родительская власть применяется авторитарно, импульсивно и является абсолютной. Ее правила хаотичны, непоследовательны или просто несправедливы. Люди, находившиеся в детстве в таких условиях, часто вспоминают, что больше всего их пугала непредсказуемая природа насилия. Не находя хоть какого-то способа остановить его, они учатся занимать позицию полной покорности. Вот два рассказа переживших насилие о том, как они пытались адаптироваться к жестокому обращению:

Предупреждение о триггере ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ

«Каждый раз, когда я пыталась найти какую-то систему в подходе к ней, правила менялись. Почти ежедневно мне наносились побои щеткой или ремнем с пряжкой. Когда она наносила удары — я в этот момент обычно сидела в углу, прикрываясь коленями, — ее лицо менялось. Казалось, что бьет она уже не меня, а кого-то другого. Когда у нее случалось спокойное настроение, я показывала ей большие фиолетовые рубцы, и она спрашивала: “А это у тебя откуда?”»⁵

«Никаких правил не было; через некоторое время они словно исчезали. Я боялся возвращаться домой. Никогда не знал, чем это кончится. Угроза побоев пугала меня, потому что мы видели, что отец творил с матерью. В армии есть поговорка: “дерьмо с горы катится”*. Он плохо обращался с ней, а она плохо обращалась с нами. Как-то она взялась бить меня кочергой. Через какое-то время я к этому привык. Сворачивался в клубок»⁶.

*Эта поговорка означает, что любое неудачное решение высшего руководства по цепочке сказывается на всех нижестоящих. (Прим. ред.)

Хотя большинство людей, переживших насилие в детстве, подчеркивают хаотичный и непредсказуемый характер правил, некоторые описывают высокоорганизованную систему наказания и принуждения. Эти выжившие часто рассказывают о наказаниях, похожих на те, что применяются к политзаключенным в тюрьмах. Многие говорят о нарушающем границы контроле физиологических функций, депривации сна, длительном воздействии жары или холода. Другие описывают самое настоящее тюремное заключение: их связывали или запирали в чулане или подвале. В самых вопиющих случаях насилие перестает быть непредсказуемым, потому что организуется согласно ритуалу. Примерами подобного могут послужить некоторые группировки, связанные с порнографией или проституцией, и тайные религиозные секты. Когда одну выжившую спросили, расценивала ли она принятые правила как справедливые, та ответила:

«Мы никогда не думали о правилах как о справедливых или несправедливых, мы просто пытались их соблюдать. Их было так много — за всеми не угнаться. Сейчас, оглядываясь назад, я понимаю, что они были слишком строгими, слишком мелочными. Некоторые — откровенно странными. Могли наказать за усмешку, за неуважение, за то, что не так посмотришь»⁷.

Пребывание в обстановке постоянной опасности требует состояния неусыпной бдительности. Дети, растущие в насильственной среде, развивают выдающиеся способности к сканированию ее на предмет признаков грядущего нападения. Они учатся настраиваться на внутреннее состояние своих мучителей. Они учатся распознавать едва заметные изменения выражения лица, голоса и языка тела как сигналы опасности, сексуального возбуждения, опьянения или диссоциации. Эта невербальная коммуникация становится автоматической и проходит по большей части за пределами сознательного понимания. Дети-жертвы учатся реагировать, даже не будучи способными назвать или распознать сигналы опасности, пробудившие в них тревогу. В одном случае психиатр Ричард Клюфт наблюдал троих детей, которые рефлекторно диссоциировались, когда их мать становилась агрессивной⁸.

Когда подвергающиеся насилию дети замечают признаки опасности, они пытаются защитить себя, либо избегая абьюзера, либо задабривая его. Частое явление — побеги из дома, которые могут начинаться уже в возрасте семи-восьми лет. Многие выжившие вспоминают, как подолгу прятались в укромных местах, чувство безопасности ассоциировалось у них единственно с этими укрытиями, а не с людьми. Другие расска-

зывают, что старались стать как можно более незаметными и избежать привлечения внимания: они замирали на месте, опускались на корточки, сворачивались клубком или сохраняли бесстрастное выражение лица. Таким образом, оставаясь в постоянном состоянии автономного перевозбуждения, они также должны быть тихими и неподвижными, избегая любых физических проявлений своего внутреннего волнения.

Результатом становится своеобразное кипящее состояние «застывшей настороженности», которое наблюдают у детей, подвергающихся насилию⁹.

Если избегание не помогает, то дети пытаются задобрить абьюзера демонстрацией автоматического послушания. Насаждение правил в сочетании с постоянным страхом смерти или причинения вреда дает парадоксальный результат. С одной стороны, оно убеждает детей в их полной беспомощности и тщетности сопротивления. Многие начинают верить, что абьюзер обладает абсолютной властью или даже сверхчеловеческими способностями, может читать мысли и полностью контролирует их жизнь. С другой стороны, оно мотивирует детей удваивать и учетверять усилия, чтобы обрести контроль над ситуацией единственным способом, который кажется возможным, — «стараться быть хорошими».

В то время как насилие, угрозы и хаотическое применение правил вызывают ужас и развивают привычку к автоматическому повиновению, изоляция, секретность и предательство разрушают те самые отношения, которые должны давать защиту. Теперь уже общеизвестно, что семьи, в которых творится насилие над детьми, живут изолированно от общества. Реже есть понимание, что социальная изоляция случается не сама собой — она часто поддерживается абьюзером в интересах сохранения тайны и контроля над членами семьи. Выжившие в абьюзивных условиях часто говорят о паттерне ревностного надзора за всеми их социальными контактами. Абьюзеры могут запрещать детям участвовать в обычных для их сверстников занятиях или настаивать на своем праве вмешиваться в их деятельность по собственной прихоти. Социальная жизнь детей, подвергающихся насилию, также серьезно ограничивается потребностью поддерживать внешние приличия и сохранять тайну. Таким образом, даже тем детям, которые ухитряются развивать подобие какой-то социальной жизни, она кажется фальшивой.

Ребенок, подвергающийся насилию, изолируется от остальных членов семьи, равно как и от более широкого социального мира. Он изо дня в день понимает, что не только самый могущественный в его маленьком мирке взрослый опасен для него, но и другие взрослые, которые должны заботиться о нем, его не защищают. Причины такого отсутствия заботы в каком-то смысле несущественны для ребенка-жертвы, который воспринимает их в лучшем случае просто как признак безразличия, а в худшем

случае — как пособничество в предательстве. С точки зрения ребенка, другому родителю, обезоруженному секретностью, следовало бы знать, что с ним происходит; если бы ему было не наплевать, он бы все выяснил. Родителю, обезоруженному страхом, следовало бы вмешаться; если бы ему было не все равно, он бы боролся. Ребенок чувствует, что его бросили на произвол судьбы, и эта брошенность часто вызывает большее возмущение и обиду, чем само насилие. Пережившая инцест в детские годы так описывает свою ярость на семью:

«Во мне скопилось так много гнева не столько из-за того, что происходило дома, сколько из-за того, что меня никто не желал слушать. Моя мать до сих пор отрицает, что происходившее было настолько серьезно. Правда, теперь она изредка, под настроение, говорит: “Ах, я так виновата, поверить не могу, как это я ничего не сделала”. В то время никто не решался признать происходящее, они просто позволяли ему происходить. Поэтому мне приходилось убегать и выплескивать ярость»¹⁰.

Двоемыслие

В атмосфере глубоко искаженных семейных отношений ребенок сталкивается с невероятно тяжелой задачей развития. Он должен найти способ сформировать первичные привязанности к взрослым, которые либо представляют угрозу, либо, с его точки зрения, не проявляют к нему заботы. Он должен найти способ развить чувство базового доверия и безопасности в общении со взрослыми, которые недостойны доверия и опасны. Он должен развить чувство «я» в отношениях с другими людьми, которые беспомощны, равнодушны или жестоки. Он должен развить способность к телесной саморегуляции в обстановке, где его телом распоряжаются другие, удовлетворяя свои потребности, и способность самостоятельно утешать себя в обстановке, где утешения нет и в помине. Он должен развить способность к инициативе в среде, которая требует, чтобы он полностью подчинил свою волю воле абьюзера. И в конечном счете он должен развить способность к близости там, где все близкие отношения испорчены, и идентичность — в среде, которая определяет его как шлюху и раба.

Экзистенциальная задача ребенка, подвергающегося насилию, столь же велика. Хотя ребенок воспринимает себя как отданного во власть силам, не знающим милосердия, он должен найти способ сохранить надежду и чувство смысла. Альтернативой может быть лишь крайнее отчаяние, то, чего ребенок вынести не может. Чтобы сохранить свою веру в родителей, он должен

отвергнуть первый и самый очевидный вывод — что в них есть какой-то ужасный изъян. Ребенок пойдет на все, чтобы придумать своей судьбе объяснение, которое снимет с родителей всю вину и ответственность.

Все способы психологической адаптации ребенка, подвергающегося насилию, служат фундаментальной цели сохранения его первичной привязанности к родителям, вопреки ежедневным доказательствам их злонамеренности, беспомощности или безразличия. Для достижения этой цели ребенок прибегает к широкому спектру средств психологической защиты. Благодаря этой защите насилие либо изолируется от сознательного понимания и памяти (его на самом деле как бы не было), либо минимизируется, рационализируется и оправдывается (происходящее — как бы не вполне насилие). Не способный спастись от невыносимой реальности в самой реальности, ребенок меняет ее в сознании.

Ребенок-жертва предпочитает верить, что насилия не происходило. Чтобы воплотить это желание, он пытается держать насилие в тайне от самого себя. К его услугам такие методы, как полное отрицание, добровольное подавление мыслей и легион диссоциативных реакций. Способность к искусственно вызываемому трансу или диссоциативным состояниям, в норме достаточно высокая у детей школьного возраста, развивается до степени настоящего искусства у детей, в отношении которых применяются суровые наказания или насилие. Исследования показывают связь между уровнем жестокости, испытанной в детстве, и степенью знакомства с диссоциативными состояниями¹¹. В то время как большинство переживших насилие в детстве развивают определенный профессионализм в применении транса, некоторые становятся настоящими виртуозами диссоциации. Они могут научиться игнорировать острую боль, прятать свои воспоминания в сложных амнезиях, изменять чувство времени или места, искусственно вызывать галлюцинации или состояния одержимости. Иногда эти изменения сознания бывают намеренными, но чаще происходят автоматически и ощущаются как чуждые и произвольные. Двое перенесших насилие в детстве так описывают свои диссоциативные состояния:

«Я добивалась этого, расфокусируя взгляд. Я называла это нереальностью. Вначале терялось восприятие глубины: все виделось плоским и казалось холодным на ощупь. Я ощущала себя крохотным младенцем. А потом мое тело воспаряло в космос, как воздушный шар»¹².

«У меня случались судороги. Я теряла чувствительность, мой рот двигался сам по себе, я слышала голоса, и мне казалось, что мое тело сгорает. Я думала, что одержима дьяволом»¹³. В самых экстремальных условиях раннего, жестокого и длительного насилия некоторые дети — возмож-

но, те, которые уже обладают сильными способностями к трансвым состояниям, — начинают формировать отдельные фрагменты личности с собственными именами, психологическими функциями и изолированными воспоминаниями. Таким образом, диссоциация становится не просто защитной адаптацией, но фундаментальным принципом организации личности. Образование фрагментов личности, или альтеров*, в ситуациях тяжелой детской травмы подтверждается многочисленными исследованиями¹⁴. Альтер-личности дают ребенку-жертве возможность искусно адаптироваться к насилию, оставляя как само насилие, так и свои стратегии совладания за пределами обычного осознания.

Предупреждение о триггере СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ НАД РЕБЕНКОМ

Фрейзер так описывает рождение альтер-личности во время орального изнасилования отцом:

«Я давлюсь. Задыхаюсь. Помогите! Зажмуриваю глаза, чтобы не видеть. Папа натягивает на себя мое тело, как мама натягивает дырявый чулок на грибок для штопки. Грязная грязная вот попадись мне только стыдно стыдно грязная папочка не будет любить меня люби меня грязная мерзкая люблю его ненавижу его страх вот попадись мне только грязь грязь любовь ненависть вина стыд страх страх страх страх страх...

Я совершенно точно вспоминаю этот момент, когда моя беспомощность настолько бездонна, что я готова променять ее на что угодно. Так что я откручиваю свою голову от тела, точно крышку банки с солеными огурцами. Отныне и впредь у меня будет два «я»: ребенок, который знает, с грешным телом, принадлежащим папочке, и ребенок, который больше не осмеливается знать, с невинной головой, стремящийся к мамочке»¹⁵.

Двойное «я»

Не все дети, подвергающиеся насилию, обладают способностью изменять реальность путем диссоциации. И даже те, у кого она есть, не могут постоянно рассчитывать на нее. Когда невозможно избежать реальности насилия, ребенок должен создать некую систему смысла, оправдывающую его. Он неизбежно приходит к выводу, что причина кроется в его врожденной порочности. Ребенок рано хватается за это объяснение и цепко держится

* Альтер-личности, альтернативные личности.

за него, поскольку оно дает ему возможность сохранять чувство смысла, надежды и силы. Если он плохой, то его родители — хорошие. Если он плохой, то может попытаться стать хорошим. Если он каким-то образом сам навлек на себя эту судьбу, значит, в его силах как-то изменить ее. Если он довел родителей до такого обращения с ним, значит, если он достаточно постарается, то, возможно, когда-нибудь заслужит их прощение и наконец получит защиту и заботу, в которых столь отчаянно нуждается.

Самообвинения гармонизируют с нормальными формами мышления раннего детства, в которых «я» берется за отправную точку всех событий. Они гармонизируют с мыслительными процессами травмированных людей всех возрастов, которые ищут изъяны в собственном поведении, пытаясь найти смысл в том, что случилось с ними. Однако в окружении постоянного насилия ни время, ни опыт не дают никаких коррективов для этой тенденции к самообвинению; напротив, она постоянно получает подкрепление. Чувство внутренней порочности ребенка, подвергающегося насилию, может напрямую подтверждаться родителями, ищущими козла отпущения. Пережившие повторяющееся насилие в детстве часто рассказывают, как их обвиняли не только в жестокости родителей или сексуальной распущенности, но и в многочисленных иных семейных бедах. Семейная мифология может включать истории о том, какой ущерб нанес ребенок родителям, когда родился, или о позоре, который уготован ему от рождения. Одна из выживших так описывает свою роль козла отпущения:

Предупреждение о триггерах ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ НАД РЕБЕНКОМ

«Меня назвали в честь матери. Ей пришлось выйти замуж, потому что она была беременна мной. Она сбежала, когда мне было два года. Меня воспитывали родители отца. Я никогда не видела ее фотографий, но мне говорили, что я — ее копия и наверняка вырасту потаскухой, как и она. Когда отец начал меня насиловать, он сказал: “Ты давно уже напрашивалась и теперь получишь то, что заслужила”»¹⁶.

Чувство ярости и фантазии о месте и убийстве — нормальные реакции на жестокое обращение. Как и взрослые, дети, подвергающиеся насилию, часто гневливы и порой агрессивны. У них нередко отсутствуют вербальные и социальные навыки разрешения конфликтов, и при возникновении любой проблемы они ждут вражеской атаки¹⁷. Предсказуемые трудности такого ребенка в управлении гневом лишь укрепляют его убежденность

в своей внутренней порочности. Каждое столкновение убеждает его в том, что он действительно достоин ненависти. Если, как это обычно бывает, ребенок склонен перенаправлять свой гнев подальше от источника опасности и незаслуженно обрушивать его на тех, кто ни в чем не виноват, его самообвинения приобретают еще большую силу.

Участие в запретной сексуальной активности тоже подкрепляет чувство собственной плохости. Любые крохи вознаграждения, которые дети способны собрать в ситуации сексуальной эксплуатации, становятся в их сознании доказательством того, что они сами провоцируют насилие и несут за него полную ответственность. Если ребенок когда-либо испытал сексуальное удовольствие, наслаждался особым вниманием насильника, выторговывал поблажки или использовал сексуальные отношения для обретения привилегий, эти грехи приводятся в доказательство его врожденной порочности.

Наконец, чувство внутренней плохости у ребенка, подвергающегося насилию, усугубляется вынужденным сообщничеством в преступлениях против других. Дети часто не хотят быть сообщниками и оказывают сопротивление. Они могут даже заключать замысловатые сделки с абьюзером, жертвуя собой в попытке защитить других. Условия сделок неизменно нарушаются, поскольку ни один ребенок не обладает силой или способностями, чтобы защитить взрослого. В какой-то момент ребенок может придумать способ спасения от абьюзера, зная, что тот найдет себе другую жертву. Он может молчать, будучи свидетелем насилия над другим ребенком. А может даже принимать участие в виктимизации других детей. В условиях организованной сексуальной эксплуатации полная инициация ребенка в секту или преступную организацию *требует* обязательного участия в насилии над другими¹⁸.

Предупреждение о триггерах СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ. ИНЦЕСТ

Одна пострадавшая рассказывает, как ее заставляли принимать участие в насилии над младшим ребенком: «Я вроде как знаю, что делал мой дед. Он связывал нас, меня и моих двоюродных сестер, и хотел, чтобы мы брали его... ну, вы понимаете... в рот. Хуже всего было в тот раз, когда мы скопом набросились на моего младшего брата и заставили его тоже это делать»¹⁹.

Ребенок, попавший в капкан подобных ужасов, начинает верить, что он каким-то образом несет ответственность за преступления своих мучителей. Он верит, что просто одним фактом своего существования побуждает

самых могущественных в его мире людей совершать ужасные поступки. Следовательно, его природа наверняка представляет собой зло в чистом виде. Язык «я» становится языком мерзости. Бывшие жертвы часто говорят, что на них не распространяются обычные человеческие связи, словно они сверхъестественные создания или биологические формы нечеловеческого происхождения. Они называют себя ведьмами, вампирами, шлюхами, собаками, крысами или змеями²⁰. Некоторые, описывая свое внутреннее «я», используют образы экскрементов или грязи. Вот слова женщины, пережившей инцест:

«Я наполнена черной слизью. Если я открою рот, она выльется наружу.

Я думаю о себе как о сточной канаве, в которой плодятся змеи»²¹.

Развивая загрязненную, стигматизированную идентичность, ребенок-жертва принимает в себя зло своего мучителя и, таким образом, сохраняет первичную привязанность к родителям. Поскольку внутреннее чувство скверны сохраняет отношения, человек не готов отказаться от него даже после того, как насилие прекратилось; напротив, оно становится постоянной частью структуры личности ребенка. Работникам соцзащиты, которые вмешиваются в выявленные случаи насилия, постоянно приходится уверять пострадавших детей, что они ни в чем не виноваты. Так и взрослые жертвы, спасшиеся от насилия, продолжают презирать, стыдить и винить себя, как делали мучившие их преступники. Глубокое чувство внутренней плохости становится ядром, вокруг которого формируется идентичность ребенка, подвергшегося насилию. К сожалению, этому изначально ошибочному выводу о собственной плохости удастся сохраниться и во взрослой жизни.

Это злокачественное ощущение собственной плохости часто маскируется упорными попытками ребенка быть хорошим. В попытке задобрить абьюзера он нередко становится превосходным исполнителем. Он пытается делать все, что от него требуют. Он может сочувственно заботиться о родителях, брать на себя домашнее хозяйство, хорошо учиться, быть образцом социальной конформности. Он привносит во все эти задачи перфекционистское рвение, движимый отчаянной потребностью увидеть благосклонность в глазах родителей.

Во взрослой жизни эта преждевременно навязанная компетентность может способствовать достижению существенного профессионального успеха. Однако никакие достижения во внешнем мире он не ставит себе в заслугу, поскольку, как правило, расценивает свое продуктивное «я» как неискреннее и фальшивое. Напротив, одобрение других лишь подтверждает его убежденность в том, что никто не способен по-настоящему

понять его и что, если бы его тайна и истинное «я» были разоблачены, его бы начали чураться и поносить.

Если ребенку, подвергнувшемуся насилию, удастся обеспечить себе более позитивную идентичность, она часто сопряжена с крайностями самопожертвования. Такие дети иногда интерпретируют свою виктимизацию в рамках религиозной схемы божественного предназначения. Они принимают идентичность святого, избранного для мученичества, как способ сохранить чувство самоценности.

Элеонора Хилл, пережившая инцест, так описывает свою стереотипную роль девственницы, избранной в жертву, которая дарила ей идентичность и ощущение исключительности:

«В семейном мифе я была той, кто должна играть “красивую и сострадательную”. Той, кто была должна сдерживать [отца]. В первобытных племенах юных девственниц приносят в жертву свирепым мужским божествам. В семьях происходит то же самое»²².

Эти противоречивые идентичности, презренное и возвышенное «я» не способны прийти к интеграции. Ребенок, подвергшийся насилию, не может развить непротиворечивый образ «я» с умеренными достоинствами и терпимыми недостатками. В абьюзивной среде умеренность и терпимость — понятия неведомые. Наоборот, представления жертвы о себе остаются ригидными, преувеличенными и расщепленными. В самом крайнем случае эти отчаявшиеся саморепрезентации формируют очаг диссоциированных альтер-личностей.

Аналогичные сбои интеграции происходят во внутренних представлениях ребенка о других. В отчаянных попытках сохранить свою веру в родителей ребенок-жертва создает идеализированный образ как минимум одного из них. Иногда ребенок пытается сохранить узы с «невиновным» родителем. Он оправдывает или объясняет отсутствие родительской защиты, приписывая его своей собственной недостойности. Чаше ребенок идеализирует родителя-абьюзера и обрушивает свою ярость на «невиновного» родителя. Более того, ребенок может быть сильнее привязан к абьюзеру, демонстрирующему к нему извращенный интерес, чем к «невиновному» родителю, которого воспринимает как равнодушного. Абьюзер и сам может поддерживать эту идеализацию, насаждая ребенку и другим членам семьи свою собственную параноидальную или сопряженную с бредом величия систему убеждений. Хилл так описывает богоподобный образ своего насильника-отца, в который верила вся ее ближняя и дальняя родня:

«Выдающаяся личность, наш герой, обладатель таланта, интеллекта, харизмы. Наш гений. Все здесь считают с его мнением. Никто не смеет ему перечить. Таков закон, изданный при его рождении. Никто не смеет его менять. Что бы он ни делал, он делает это на правах избранного, всеобщего любимца»²³.

Однако такие возвеличенные образы родителей невозможно поддерживать постоянно. Они намеренно оставляют за кадром слишком многое. Реальный опыт жестокого или халатного обращения со стороны родителя не может сочетаться с этими идеализированными фрагментами представлений о нем. Таким образом, внутренние представления травмированного ребенка о главных заботящихся о нем людях, как и о себе, остаются противоречивыми и расщепленными. Он не способен сформировать внутреннее репрезентации безопасного, последовательно заботящегося взрослого. Это, в свою очередь, мешает развитию нормальных способностей к эмоциональной саморегуляции. Фрагментарные, идеализированные образы, которые формирует ребенок, не могут его утешить. Они слишком скудны, слишком неполны, слишком сильно подвержены внезапной трансформации в образы ужаса.

В ходе нормального развития ребенок достигает уверенного чувства автономии, формируя внутренние представления о надежных и достойных доверия заботящихся взрослых — репрезентации, на которые можно мысленно опираться в моменты дистресса. Взрослые заключенные, например, активно опираются на эти интернализированные образы, чтобы сохранить свое чувство независимости. Но в условиях постоянного насилия эти внутренние репрезентации изначально не могут сформироваться; они неоднократно разрушаются травмирующим опытом. Неспособный развить внутреннее чувство безопасности, ребенок-жертва остается более зависимым, чем другие дети, от внешних источников утешения и успокоения. Неспособный развить безопасное чувство независимости, он продолжает отчаянно и неразборчиво искать того, на кого можно положиться. Результатом является парадокс, неоднократно наблюдавшийся у детей, ставших объектами насилия: они быстро привязываются к незнакомым людям, но при этом продолжают цепляться за тех самых родителей, которые плохо с ними обращаются.

Таким образом, в условиях хронического насилия в детстве фрагментация становится центральным принципом организации личности. Фрагментация сознания препятствует обычной интеграции знания, памяти, эмоциональных состояний и телесного опыта. Фрагментация во внутренних представлениях «я» препятствует интеграции идентичности. Фрагментация внутренних представлений о других препятствует развитию надежного чувства независимости внутри отношений.

Эта сложная психопатология наблюдается со времен Фрейда и Жане. В 1933 году Шандор Ференци описал «атомизацию» личности ребенка, подвергающегося насилию, и признал ее адаптивную функцию в сохранении чувства надежды и отношений:

«В травматическом трансе ребенок успешно достигает сохранения предшествующей ситуации нежности»²⁴. Полвека спустя другой психоаналитик, Леонард Шенгольд, описал «фрагментирующие сознание операции», которые осваивают дети, подвергающиеся насилию, с целью сохранить «иллюзию хороших родителей».

Он отмечал процесс «вертикального расщепления», вызывающий «становление изолированных отделов сознания, в которых противоречивым образам “я” и родителей никогда не позволено сливаться»²⁵. Социолог Патрисия Рикер и психиатр Элейн Кармен описывают основную патологию у виктимизированных детей как «неупорядоченную и фрагментированную идентичность, порождаемую из приспособления к суждениям других»²⁶.

Посягательства на тело

Эти искажения в сознании, индивидуации и идентичности служат цели сохранения надежды и отношений, но оставляют нерешенными другие важные задачи адаптации или даже делают их труднее. Хотя ребенок придумал для себя объяснение насилия или изгнал знание о нем из сознания, он продолжает регистрировать его воздействие в своем теле.

Нормальная регуляция телесных состояний нарушается хроническим перевозбуждением. Еще больше она усложняется в насильственной среде, потому что тело ребенка находится в распоряжении абьюзера. Нормальные биологические циклы сна и бодрствования, принятия пищи и выделения отходов жизнедеятельности могут нарушаться или подлежать мелочному контролю. Перспектива отхода ко сну может нести ужас вместо комфорта и теплых чувств, а ритуалы подготовки ко сну могут вместо того, чтобы успокаивать ребенка, искажаться в угоду сексуальному возбуждению взрослого. Периоды приема пищи тоже могут быть временем крайнего напряжения, а не комфорта и удовольствия. Рассказы выживших в абьюзивной обстановке о семейных трапезах наполнены воспоминаниями о наводящем ужас молчании, насильном кормлении, сопровождаемом рвотой, или безумных истериках и швырянии пищи. У многих жертв, неспособных регулировать основные биологические функции в безопасной,

последовательной и спокойной манере, развиваются хронические нарушения сна, расстройства приема пищи, проблемы желудочно-кишечного тракта и другие многочисленные нарушения здоровья²⁷.

Нормальная регуляция эмоциональных состояний также нарушается травмирующим опытом, который постоянно провоцирует чувства ужаса, ярости и скорби. Эти эмоции в конечном счете сливаются в ужасающее чувство, которое психиатры называют дисфорией, а пациенты практически не способны описать. Это состояние растерянности, возбуждения, пустоты и крайнего одиночества. Говоря словами одной выжившей, «иногда я чувствую себя темным комком растерянности. Но даже это шаг вперед. Временами я и этого не могу осмыслить»²⁸.

Диапазон изменений эмоционального состояния подвергающегося хроническому насилию ребенка начинается со смутного беспокойства, переходит в переживание тревоги и дисфории и достигает экстремальных состояний крайней паники, ярости и отчаяния. Неудивительно, что у многих переживших повторяющееся насилие в детстве развиваются хроническая тревожность и депрессия, которые не отступают и когда они становятся взрослыми²⁹. Неумеренное прибегание к диссоциативной защите может привести к усугублению дисфорического эмоционального состояния ребенка, поскольку диссоциативные процессы порой заходят слишком далеко. Вместо того чтобы дарить защитное чувство отстраненности, они могут доходить до полного разрыва связей с другими и распада «я». Психиатрик Джеральд Адлер называет это нестерпимое чувство «паникой аннигиляции»³⁰. Хилл описывает это состояние следующим образом:

«Я внутри совершенно ледяная, а на моих поверхностях нет оболочки, словно я растекаюсь, не в силах держаться как единое целое. Страх охватывает меня, и я теряю ощущение присутствия. Меня нет»³¹.

Это эмоциональное состояние, которое обычно возникает в ответ на ощущение угрозы быть брошенным, не может быть прекращено обычными средствами самоуспокоения. Дети, подвергающиеся насилию, в какой-то момент обнаруживают, что это чувство наиболее эффективно подавляется сильной встряской для тела. Самый показательный метод — намеренное нанесение себе ран. Связь между насилием в детстве и самоповреждением уже хорошо доказана. Неоднократное нанесение травм и другие приступообразные формы атак на свое тело, похоже, наиболее характерны для тех жертв, которые познакомились с насилием в раннем детстве³².

Люди, практикующие сапоповреждение продолжительное время, часто описывают глубокое диссоциативное состояние, предшествующее самоповреждающему действию. Деперсонализация, дереализация и потеря

чувствительности сопровождаются чувством невыносимого возбуждения и компульсивного желания причинить вред собственному телу. Первые наносимые раны часто не вызывают никаких болевых ощущений. Акт самоповреждения продолжается до тех пор, пока не наступит мощное ощущение покоя и облегчения; физическая боль намного предпочтительнее эмоциональной, которую она замещает. Как объясняет одна пострадавшая, «я делаю это, чтобы доказать, что я существую»³³.

В противоположность распространенному мнению жертвы насилия в детстве редко прибегают к самоповреждению, чтобы «манипулировать» другими людьми или хотя бы сообщить о своем дистрессе. Многие пережившие насилие в детстве рассказывают, что непреодолимая тяга к самоповреждению развилась у них довольно рано, часто до начала пубертата, и они втайне удовлетворяли ее многие годы. Зачастую собственное поведение вызывает у них чувство стыда и отвращения, и они всячески стараются его скрыть.

Так же часто самоповреждение ошибочно принимают за суицидальный жест. Многие пережившие насилие в детстве действительно совершают попытки самоубийства³⁴. Однако существует четкое различие между многократным самоповреждением и попытками самоубийства. Цель первого — не убить себя, а облегчить невыносимую эмоциональную боль, и многие выжившие, как ни парадоксально, расценивают его как одну из форм самосохранения.

Самоповреждение является, пожалуй, наиболее впечатляющим из патологических механизмов успокоения, но все же лишь одним из многих. Дети, подвергающиеся насилию, как правило, в какой-то момент своего развития обнаруживают, что могут вызвать значительные, пусть и временные, изменения в своем аффективном состоянии, добровольно вызывая у себя автономные кризисы или крайнее автономное возбуждение. Клизмы и рвота, беспорядочные, компульсивные сексуальные связи и рискованное поведение — непреодолимое стремление совершать рискованные поступки и бросать вызов опасностям, а также применение наркотических средств становятся средствами, с помощью которых дети пытаются регулировать свои внутренние эмоциональные состояния.

Применяя эти методы, они стараются избавиться от своей хронической дисфории и стимулировать — хотя бы ненадолго — внутреннее состояние благополучия и комфорта, которого нельзя достичь никакими иными средствами. Эти саморазрушительные симптомы часто стабильно проявляются у детей еще до наступления отрочества, а в подростковом возрасте становятся еще более выраженными.

Эти три главные формы адаптации — развитие диссоциативной защиты, развитие фрагментированной идентичности и патологическая регуляция эмоциональных состояний — позволяют ребенку выжить в среде

хронического насилия. Более того, они, как правило, позволяют ребенку-жертве сохранять внешнее подобие нормальности, которое имеет особое значение для абьюзивной семьи. Симптомы дистресса у ребенка часто хорошо скрыты. Измененные состояния сознания, провалы в памяти и другие диссоциативные симптомы обычно не удается распознать. Формирование негативной идентичности, как правило, маскируется социально приемлемым, конформным, «ложным я».

Психосоматические симптомы редко можно проследить до их источника. А саморазрушительное поведение, проявляющееся скрытно, по большей части остается незамеченным. Хотя некоторые дети и подростки могут привлекать к себе внимание агрессивным или противоправным поведением, большинству удастся успешно скрывать масштабы психологических сложностей, с которыми им приходится иметь дело. Большинство детей, подвергающихся насилию, достигают взрослости, сохраняя свои секреты в неприкосновенности.

Повзрослевший ребенок

Многие дети, подвергающиеся насилию, цепляются за надежду на то, что взросление принесет им спасение и свободу. Но личность, сформированная в среде принудительного контроля, плохо адаптирована к взрослой жизни. Выжившие уносят с собой из детства фундаментальные проблемы базового доверия, автономии и инициативы. Они подходят к задачам взрослой жизни — утверждению независимости и созданию близких отношений, — обремененные серьезными изъянами в сферах заботы о себе, когнитивных процессов и памяти, идентичности и способности формировать стабильные отношения. Они по-прежнему остаются пленниками своего детства; пытаясь создать новую жизнь, снова и снова наталкиваются на травму.

Писатель Ричард Роудс, переживший тяжелое насилие в детстве, рассказывает, как травма проявляет себя в его творчестве:

«Все мои книги пишутся по-разному. Каждая рассказывает свою особенную историю... Однако я вижу, что все они — повторение одного и того же. Каждая из них сфокусирована на одном или нескольких мужчинах с сильным характером, которые сталкиваются с насилием, сопротивляются ему и обнаруживают за его бесчеловечностью тонкий луч надежды. Повторение — это немой язык притесняемого ребенка. Я не удивляюсь, находя в структуре моих произведений его проявления, слишком эфемерные, чтобы быть выраженными словами: точно отзвуки молитвенного барабана, которые не столько слышишь, сколько ощущаешь в области сердца»³⁵.

В близких отношениях выжившие движимы стремлением к защите и заботе и преследуемы страхом брошенности или эксплуатации. В поисках спасения они могут тянуться к властным авторитетным фигурам, которые, как им кажется, обещают особые, полные заботы отношения. Идеализируя человека, к которому привязаны, они пытаются не поддаваться постоянному страху доминирования либо предательства.

Однако избранный неизбежно не оправдывает эти фантастические ожидания. Разочаровавшись, они могут ругать последними словами того самого человека, которого совсем недавно обожали. Обычные межличностные конфликты тоже могут провоцировать у повзрослевших людей, пострадавших в детстве от повторяющегося насилия, сильную тревожность, депрессию или ярость. Но в их сознании даже мелкие обиды вызывают воспоминания о намеренно жестоком обращении. Эти искажения не так-то легко скорректировать опытом, поскольку одним из последствий пережитого в детстве насилия может стать недостаток вербальных и социальных навыков разрешения конфликтов. Таким образом, у выживших людей развивается шаблон напряженных, нестабильных отношений с многократным разыгрыванием драматических историй спасения, несправедливости и предательства.

Людям, пережившим насилие в детстве, почти всегда невероятно трудно защитить себя в контексте близких отношений. Отчаянная жажда заботы и любви затрудняет установление безопасных и уместных границ в отношениях с другими. Их склонность принижать себя и идеализировать тех, к кому они привязываются, еще сильнее затуманивает разумную оценку. Эмпатическая настроенность на желания других и привычка к автоматическому, почти бессознательному повиновению также делают их уязвимыми перед любым облеченным властью или авторитетом лицом. Диссоциативный стиль защиты затрудняет формирование сознательной и точной оценки опасности. А желание исправить травмирующий опыт может приводить к возрождению с этой целью опасных ситуаций и как следствие воспроизведению ситуаций насилия.

По всем этим причинам у людей, переживших насилие в детстве, высок риск повторения виктимизации, когда они становятся взрослыми. Статистические данные на этот счет выглядят убедительно, по крайней мере в отношении женщин. Риск изнасилования, сексуальных домогательств или побоев, высокий для женщин в целом, практически удваивается для тех, кто стал объектом сексуального насилия в детстве. По итогам исследования женщин, переживших в детстве инцест, проведенного Дианой Расселл, две трети из них впоследствии подвергались изнасилованиям³⁶.

Таким образом, вырастая, ребенок, бывший некогда жертвой насилия, кажется, обречен снова переживать опыт травмы не только в воспоминаниях, но и в повседневной жизни. Вот размышления одной из выживших о непрекращающемся насилии в своей жизни:

«Оно почти что становится самоисполняющимся пророчеством: ты начинаешь ожидать насилия, приравнивать его к любви с малых лет. Меня насиловали шесть раз, когда я убегала из дома, ездила автостопом или напивалась. Словно все складывалось для того, чтобы я стала легкой добычей. Это было удручающе. Самое удивительное, поначалу я была уверена, что [насильщики] меня убьют. Ведь если они оставят мне жизнь, то как им удастся выйти сухими из воды? Но потом до меня дошло, что им не о чем было беспокоиться: никто не станет ничего делать, потому что я “сама напросилась”»³⁷.

Неоспоримый феномен повторяющейся виктимизации требует большой осторожности в интерпретации. Слишком долго позиция психиатрии отражала примитивное мнение, что жертвы «напрашиваются» на насилие. Более ранние концепции мазохизма и сравнительно недавние формулировки зависимости от травмы подразумевают, что пострадавшие стремятся к повторению насилия и получают от него удовлетворение. Такое понимание мало связано с истиной. Некоторые выжившие действительно говорят о сексуальном возбуждении или удовольствии в ситуациях насилия; в этих случаях первые эпизоды насилия могут откровенно эротизироваться и компульсивно воспроизводиться. Однако даже тогда существует четкое различие между желанными и нежеланными аспектами этого опыта. Как объясняет одна из выживших:

«Мне нравится физическое насилие в отношении меня, если я плачу за это. Это кайф. Но мне нравится контролировать ситуацию. У меня был такой период, когда я, напиваясь, шла в бар, выбирала самого грязного, самого запущенного мужчину, какого могла найти, и занималась с ним сексом. Я унижала себя. Больше я так не делаю»³⁸.

Никто не стремится к повторяющемуся насилию, но многие пострадавшие пассивно переживают его как страшный, но неминуемый рок и принимают как неизбежную плату за отношения. Многие имеют настолько глубокие изъяны в системе самозащиты, что почти не способны представить себя в ситуации, когда у них есть свобода действий или выбора. Идея отказа в ответ на эмоциональные требования родителя, супруга, любовника или лица,

облеченного властью, может быть практически невообразимой для них. Поэтому нередко можно встретить людей, бывших жертв, которые продолжают преданно удовлетворять желания и потребности тех, кто некогда применял к ним насилие, и допускать серьезные посягательства, не устанавливая никаких границ или пределов. Повзрослев, пострадавшие могут ухаживать за своими абьюзерами, защищать их и даже в крайних случаях продолжать подчиняться их сексуальным требованиям. Одна жертва инцеста рассказывает, как заботилась о своем насильнике, даже став взрослой:

«Потом моего отца поймали. Он изнасиловал дочь своей любовницы, и та женщина подала на него в суд. Когда она его выгнала, ему некуда было пойти, поэтому я взяла его к себе. Я молилась о том, чтобы он не сел в тюрьму»³⁹.

Прочно усвоенный диссоциативный стиль адаптации к ситуациям угрозы жизни и здоровью также может приводить выживших к игнорированию или недооценке социальных сигналов, которые в норме предупредили бы их об опасности.

Предупреждение о триггере СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Одна женщина, пережившая насилие в детстве, рассказывает, как, став взрослой, неоднократно оказывалась в опасных ситуациях, где была особенно уязвима: «Я не то чтобы знала, но кое-что понимала. Я находила этих зрелых, отеческого вида мужчин, и мне сразу же становилось все ясно... Однажды я связалась с пожилым мужчиной в дешевом отеле, где тогда жила. Там обитали только проститутки, алкоголики и я. Я прибиралась у него в комнате и со временем полюбила его. Однажды [когда я пришла] он лежал в постели. Он сказал, мол, врач хочет, чтобы он перестал встречаться с проститутками, и не могла бы я выручить его и удовлетворить рукой. Я не знала, о чем он говорит, но он показал мне. Я это сделала. Потом почувствовала себя виноватой. Злиться я начала лишь намного позже»⁴⁰.

Пережившие насилие в детстве намного чаще оказываются виктимизированы или причиняют ущерб себе, чем виктимизируют других людей. В сущности, даже удивительно, что бывшие жертвы насилия нечасто сами становятся абьюзерами. Наверное, в силу глубоко укоренившейся ненависти к себе бывшие жертвы насилия наиболее предрасположены к тому, чтобы направлять свою агрессию на самих себя. В то время как попытки самоубийства и самопо-

вреждение прочно коррелируют с насилием в детстве, связь между насилием в детстве и антисоциальным поведением, когда человек становится взрослым, сравнительно слаба⁴¹. Исследование с участием более 900 психиатрических пациентов показало, что, хотя суицидальность имеет крепкую связь с историей насилия в детстве, склонность к убийству такой связи не имеет⁴².

Хотя большинство жертв не становятся сами совершающими насилие преступниками, с немногими это все же происходит. Травма, по-видимому, усиливает обычные гендерные стереотипы: мужчины с историей насилия в детстве чаще вымещают свою агрессию на других, в то время как женщины чаще становятся жертвами или вредят себе⁴³. Общественный опрос 200 молодых мужчин обнаружил, что те, кто подвергался физическому насилию в детстве, чаще других угрожали расправой, дрались и занимались противозаконной деятельностью⁴⁴.

Небольшая часть переживших насилие (обычно мужчины) примеряют на себя роль насильника и буквально воссоздают свой детский опыт. Неизвестно, насколько велик процент пострадавших, следующих по этому пути, но приблизительную оценку можно установить по результатам повторного исследования лиц, подвергшихся в детстве сексуальной эксплуатации.

Около 20% из них защищали преступника, преуменьшали или оправдывали эксплуатацию и занимали антисоциальную позицию⁴⁵. Один из переживших жестокое обращение в детстве рассказывает, как проявлял агрессию в отношении других:

«Когда мне было лет тринадцать-четырнадцать, я решил, что с меня хватит. И начал давать сдачи. Не щадя. Одна девчонка издевалась надо мной, и однажды я выбил из нее все дерьмо. Я начал носить с собой пистолет. Так меня поймали и посадили — за незарегистрированное оружие. Когда парень начинает давать сдачи и становится правонарушителем, он достигает точки невозврата. Людям следовало бы выяснять, какого черта творится в семье, пока ребенок не разрушил всю свою жизнь. Расследовать! А не сажать ребенка в тюрьму!»⁴⁶

В самых крайних случаях люди, пережившие насилие в детстве, могут посягать на собственных детей или оказываются не способными защитить их. Однако в противоположность всеобщему представлению о «цикле насилия», передающемся из поколения в поколение, подавляющее большинство выживших не допускают его⁴⁷. Многие ужасно боятся, что их детей постигнет такая же судьба, и изо всех сил стараются не дать этому случиться. Ради своих детей они могут мобилизовать эмоциональные и защитные способности, которые никогда не

могли применить для защиты самих себя. В исследовании матерей с расстройством множественной личности* психиатр Филипп Кунс отмечал:

«Меня в целом впечатляет позитивный, конструктивный и заботливый подход к детям, присущий многим матерям с расстройством множественной личности. В детстве они сами подвергались насилию и теперь стремятся защитить своих детей от таких же несчастий»⁴⁸.

Когда люди, пережившие насилие в детстве, пытаются прийти к консенсусу во взрослых отношениях, формы психологической защиты, сложившиеся в детстве, становятся все более неадаптивными. Двоемыслие и фрагментация личности — изобретательные детские формы адаптации к семейному климату принудительного контроля, но в условиях свободы и взрослой ответственности они не просто бесполезны — они мешают развитию близких отношений и интегрированной идентичности.

Когда выжившие встречаются с задачами взрослой жизни, наследие их детства становится все более обременительным. Со временем, обычно на третьем-четвертом десятке лет, эта защитная структура может начать рушиться. Зачастую ускорителем этого процесса служит перемена в близких отношениях: распад брака, рождение ребенка, тяжелая болезнь или смерть родителя. Удерживать приличный «фасад» становится более невозможным, и прячущаяся за ним фрагментация становится явной. Происходящий надлом, когда и если он все же начинается, может принимать формы, подражающие буквально всем категориям психиатрических расстройств. Выжившие люди боятся, что они сойдут с ума или умрут. Фрейзер так описывает ужас и ощущение опасности от столкновения в зрелом возрасте с тайнами своего детства:

«Действительно ли я хочу открыть ящик Пандоры под отцовской кроватью? Как я буду чувствовать себя, обнаружив, что после четырех десятилетий следования подсказкам и решения головоломок наградой послужит знание о том, что отец подвергал меня сексуальному насилию? Смогу ли я примириться без горечи с тем, что потратила так много своей жизненной энергии на покрытие преступления?..

Я полагаю, многие скоропостижные смерти случаются тогда, когда человек завершает какую-то фазу жизни и должен стать другой личностью, чтобы продолжать жить. Феникс бросается в огонь, твердо намереваясь возродиться, но не спешит взлетать. В этот переходный момент я подошла к порогу смерти вместе со своим другим “я”»⁴⁹.

* Диссоциативное расстройство идентичности в МКБ-11.

НОВЫЙ ДИАГНОЗ

Большинство людей не знают о психологических изменениях, к которым приводит нахождение в неволе, и не понимают их. Поэтому общество склонно чрезвычайно резко судить о хронически травмированных людях. Видимые беспомощность и пассивность человека, подвергавшегося хроническому насилию, его загнанность в ловушку прошлого, непреодолимая депрессия, жалобы соматического характера, периодические проявления гнева или ощущение, что гнев в нем постоянно тихо тлеет, — все это часто разочаровывает и раздражает ближайших к нему людей. Более того, если человек был вынужден предать отношения, доверие общества или моральные ценности, в его сторону часто сыплются яростные обвинения.

Сторонние наблюдатели, которые никогда не испытывали постоянного ужаса и не имеют представления о принудительных методах контроля, полагают, что в аналогичных обстоятельствах продемонстрировали бы большее мужество и сопротивление, чем жертва. Отсюда общая тенденция объяснять ее поведение, выискивая изъяны в ее личности или нравственных качествах. Военнопленных, поддавшихся «промывке мозгов», часто называют предателями¹. Заложники, которые подчиняются захватчикам, публично подвергаются критике. Иногда к жертвам относятся суровее, чем к их мучителям. В скандально известном случае Патрисии Херст, например, заложницу судили за преступления, совершенные ею под угрозами, и она получила более длительный тюремный приговор, чем ее захватчики². Аналогичным образом женщины, не способные уйти из абьюзивных отношений, проституированные или под давлением предавшие своих детей, подвергаются небывалому порицанию³.

Тенденция порочить характер жертвы очевидна даже в случаях политически организованных массовых убийств. После холокоста начались

продолжительные дебаты о «пассивности» евреев и их «покорности» собственной судьбе. Однако историк Люси Давидович указывает, что «покорность» и «сотрудничество» — термины, применимые к ситуациям свободного выбора. В ситуациях лишения свободы они теряют свой смысл⁴.

Ошибочные ярлыки в диагностике

Тенденция обвинять жертву значительно повлияла на направление психологических исследований. Она заставляла ученых и клиницистов искать объяснения преступлений, совершенных насильниками, в характере пострадавших. Многочисленные попытки отыскать у заложников и военнопленных предполагаемые дефекты личности, которые предрасполагали бы пленников к «промывке мозгов», не дали значимых результатов. Из этого неизбежно напрашивается вывод о том, что обычных, психически здоровых мужчин действительно можно принудить к немужественному поведению⁵. В ситуациях домашнего насилия, когда жертвы попадают в ловушку уговоров, а не в физический плен, исследования тоже фокусировались на личностных качествах, которые могли предрасположить женщину к участию в патологических отношениях. Но и здесь не вырисовывался сколько-нибудь последовательный профиль «предрасположенной к побоям» женщины. В то время как у некоторых жертв домашнего насилия действительно есть серьезные психологические трудности, которые делают их уязвимыми, большинство не демонстрирует никаких признаков серьезной психопатологии до того, как вступают в абьюзивные отношения. Большинство из них вступали в связь с абьюзером в момент жизненного кризиса или недавней утраты, когда чувствовали себя несчастными, отчужденными или одинокими⁶. Обзор исследований бытового насилия в отношении женщин приходит к выводу:

«Поиск личных качеств женщин, которые ведут к их собственной виктимизации, напрасен... Иногда люди забывают, что мужское насилие — дело рук мужчин. Учитывая это, неудивительно, что наиболее плодотворные исследования по объяснению такого поведения фокусировались на характеристиках мужчин. Удивительно другое — невероятные старания, вложенные в попытки объяснить мужские поступки, изучая личные качества женщин»⁷.

Совершенно ясно, что обычные здоровые люди могут попасть в ловушку длительных абьюзивных отношений, но так же ясно и то, что после их прекращения эти люди больше не являются ни обычными, ни здоровыми.

Хроническое насилие наносит серьезный психологический ущерб. Однако тенденция обвинять жертву долгое время мешала психологическому пониманию и диагностике посттравматического синдрома. Вместо того чтобы объяснять психопатологию травмированного человека как реакцию на ситуацию, сопряженную с насилием, психологи и психиатры часто объясняли возникновение этой самой ситуации его предполагаемой фундаментальной психопатологией.

Показательный пример такого рода мышления — проведенное в 1964 году исследование женщин, избиваемых партнерами, озаглавленное «Жена того, кто бьет жену». Исследователи, которые изначально хотели изучать тех, кто занимается рукоприкладством, обнаружили, что эти мужчины не желают с ними разговаривать. Поэтому они переключили внимание на более готовых к сотрудничеству жертв домашнего насилия, которых тут же сочли «кастрирующими», «фригидными», «агрессивными», «нерешительными» и «пассивными». И пришли к выводу, что супружеское насилие удовлетворяло «мазохистские потребности» этих женщин. Определив расстройства личности этих женщин как корень проблемы, ученые решили «лечить» их. В одном случае им удалось убедить жену, что она сама провоцировала насилие, и ей объяснили, как исправить свое поведение. Когда она перестала искать защиты от побоев у сына-подростка и больше не отказывала мужу в сексе по первому требованию, даже если тот был пьян и агрессивен, ее лечение было признано успешным⁸.

Хотя такой бесстыдный, откровенный сексизм редко встречается в сегодняшней психиатрической литературе, те же концептуальные ошибки с завуалированным предубеждением и презрением по-прежнему преобладают в ней. Состояние человека, нужды которого сведены к элементарным заботам о выживании, до сих пор часто ошибочно принимается за портрет изначального характера жертвы. Концепции организации личности, разработанные в обычных обстоятельствах, применяются к пострадавшим без всякого понимания повреждений личности, которые происходят в условиях длительного террора. Поэтому пациенты, которые страдают от комплекса остаточных явлений хронической травмы, по-прежнему рискуют тем, что им поставят неверный диагноз расстройства личности. Их могут называть от природы «зависимыми», «мазохистами» или «нацеленными на саморазрушение». В отчете об одном недавнем исследовании, проведенном в отделении неотложной помощи крупной городской больницы, клиницисты традиционно описывали избитых женщин как «истеричных», «с мазохистскими наклонностями», «ипохондричек» или, проще говоря, «полоумных»⁹.

Именно эта тенденция ставить жертвам ошибочные диагнозы стала основой споров, разразившихся в середине 1980-х, когда составлялась новая редакция диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации. Группа мужчин-психоаналитиков предложила внести в номенклатуру «мазохистическое расстройство личности». Этот гипотетический диагноз предполагалось применять к любому человеку, который «остается в отношениях, где один партнер эксплуатирует, оскорбляет, использует другого или прибегает к насилию, несмотря на наличие возможности изменить ситуацию». Ряд женских организаций выразил свое возмущение, и разгорелись жаркие общественные дебаты. Женщины настаивали на том, чтобы процесс создания диагностического канона стал открытым (прежде он оставался в руках небольшой группы мужчин), и впервые приняли участие в именовании психологической реальности.

Я была одной из участниц этого процесса. Больше всего меня в то время поразило то, насколько мало значили рациональные аргументы. Представители женщин приходили на обсуждение подготовленными, с тщательно проработанными, логичными, подкрепленными всеми необходимыми документами, исчерпывающими докладами, обосновывающими их позицию. Эти документы доказывали, что предлагаемая диагностическая концепция имеет мало научных оснований, игнорирует недавние открытия в понимании психологии виктимизации и социально регрессивна и дискриминационна по своему воздействию, поскольку ее будут использовать для стигматизации людей, лишенных власти и голоса¹⁰.

Мужчины, представители психиатрического истеблишмента, упорствовали в слепом отрицании. Они легко признавали, что не разбираются в обширной литературе последнего десятилетия, посвященной психологической травме, но не понимали, почему это должно их волновать. Один из членов совета доверенных лиц Американской психиатрической ассоциации считал дискуссию о жертвах домашнего насилия «нерелевантной». Другой попросту заявил: «Я никаких жертв не вижу»¹¹.

В конце концов в результате поднятого организованными группами женщин шума и широкого освещения в СМИ, подогретого спорностью вопроса, стал возможен некоторый компромисс¹². Название предлагаемого диагноза заменили на «самоповреждающее расстройство личности». Критерии для постановки диагноза изменились, так что этот ярлык не мог применяться к людям, у которых была подтвержденная история физического, сексуального или психологического насилия. Самое важное, что это расстройство было включено не в основной текст руководства, а в приложение. Тем самым ему был присвоен апокрифический статус внутри канона, в котором оно пребывает и по сей день.

Необходимость новой концепции

Неверное применение концепции мазохистического расстройства личности — возможно, одна из самых стигматизирующих диагностических ошибок, но ни в коем случае не единственная. Вообще говоря, диагностические категории существующей психиатрической номенклатуры просто не рассчитаны на людей, переживших экстремальные ситуации, и плохо для них подходят. Их устойчивая тревожность, фобии и паника отличаются от подобных проявлений при обычных тревожных расстройствах. Соматические симптомы у людей, прошедших через экстремальный насильственный опыт, не те, что при обычных психосоматических расстройствах. Их депрессия — это не обычная депрессия. А деградация идентичности и отношений — иная, чем при обычном расстройстве личности.

Отсутствие точной и всеобъемлющей диагностической концепции имеет серьезные последствия для лечения, поскольку связь между текущими симптомами пациентов и их травмирующим опытом часто оказывается потеряна. Попытки втиснуть пациента в шаблон существующих диагностических конструкторов, как правило, приводят в лучшем случае к частичному пониманию проблемы и фрагментированному подходу к лечению. Слишком часто хронически травмированные люди страдают молча; но если они и жалуются, их жалобы малопонятны. Их запасы всевозможных лекарств могут потягаться с аптечными: одно от головной боли, другое от бессонницы, третье от тревожности, четвертое от депрессии. Причем все они не очень-то помогают, поскольку фундаментальными вопросами травмы никто не занимается. Когда медицинские работники устают от этих хронически несчастных людей, у которых незаметно никакого улучшения, соблазн навесить на них пренебрежительные диагностические ярлыки становится непреодолимым.

Даже диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» в своем предыдущем определении недостаточно точен. Существующие диагностические критерии для этого расстройства выведены в основном из историй людей, переживших травмирующие события, ограниченные определенным сроком. Они основаны на примерах боевых действий, катастроф и изнасилований. У переживших длительную повторяющуюся травму симптоматическая картина часто бывает намного сложнее.

Пережившие продолжительное насилие претерпевают характерные изменения личности, включая деформацию в сфере отношений и деформацию идентичности. У переживших насилие в детстве развиваются схожие проблемы с отношениями и идентичностью; вдобавок они особенно уязвимы к повторению травмы как от чужих рук, так и от своих

собственных. Текущая формулировка посттравматического стрессового расстройства не может охватить ни изменчивых проявлений симптоматики длительной повторяющейся травмы, ни глубинных деформаций личности, которые происходят в условиях неволи.

Синдрому, который следует за длительной повторяющейся травмой, необходимо собственное название. Я предлагаю называть его «комплексным посттравматическим стрессовым расстройством». Реакции на травму лучше всего понимать как спектр состояний, а не как единичное расстройство. Этот спектр начинается с краткой стрессовой реакции, которая проходит сама собой и не требует диагностики, за ней следует классическое или простое посттравматическое стрессовое расстройство и затем — комплексный синдром длительной повторяющейся травмы.

Хотя комплексный травматический синдром никогда прежде не получал систематического описания, о концепции спектра посттравматических расстройств писали и говорили — в основном поверхностно — многие специалисты. Лоуренс Колб писал о гетерогенности посттравматического стрессового расстройства, которое «является для психиатрии тем же, чем был сифилис для медицины.

В тот или иной момент [это расстройство] может внешне подражать любому расстройству личности... Именно те, кто подвергается насилию в течение длительного периода времени, страдают от длительной острой дезорганизации личности»¹³. Другие эксперты тоже привлекали внимание к личностным изменениям, следующим за длительной повторяющейся травмой. Психиатр Эмануэль Танай, который работает с людьми, пережившими холокост, отмечает:

«Психопатология может быть скрыта в характерологических изменениях, которые проявляются только в отношениях неблагоприятного объекта и его подходах к работе, миру, человеку и богу»¹⁴.

Многие опытные клиницисты говорили о потребности в диагностической формулировке, которая не ограничивалась бы простым посттравматическим стрессовым расстройством. Уильям Нидерленд считает, что «концепция травматического невроза не кажется достаточной, чтобы охватить все множество и остроту клинических проявлений» синдрома, наблюдаемого у переживших холокост¹⁵. Психиатры, которые лечили беженцев из Юго-Восточной Азии, также признают потребность в расширенной концепции посттравматического стрессового расстройства, которая принимала бы в расчет тяжелый, длительный и неоднократный характер психологической травмы¹⁶. Одни предлагают концепцию «посттравматического рас-

стройства характера»¹⁷. Другие говорят об осложненном посттравматическом стрессовом расстройстве¹⁸.

Клиницисты, которые работают с людьми, пережившими насилие в детстве, также видят потребность в расширенной диагностической концепции. Ленор Терр проводит различие между эффектами единичного травматического удара, который она называет травмой первого типа, и эффектами длительной повторяющейся травмы, которую называет травмой второго типа. Ее описание синдрома второго типа включает отрицание и психическое онемение, самогипноз и диссоциацию, переключения между крайней пассивностью и вспышками ярости¹⁹.

Психиатр Джин Гудвин придумала акронимы *СТРАХИ* и *КОШМАРЫ** для простого посттравматического стрессового расстройства и тяжелого посттравматического стрессового расстройства, наблюдающегося у людей, переживших насилие в детстве, соответственно²⁰.

Таким образом, наблюдатели не раз выделяли основные характеристики комплексного травматического синдрома и давали ему много разных имен. Пора этому расстройству получить свое официальное, признанное имя. В настоящее время комплексное посттравматическое стрессовое расстройство проходит рассмотрение на предмет включения его в четвертую редакцию диагностического и статистического руководства Американской психиатрической ассоциации, основываясь на семи критериях** (см. список). Идут практические испытания, призванные определить, можно ли надежно диагностировать такой синдром у хронически травмированных людей. Уровень научной и интеллектуальной строгости в этом процессе существенно выше, чем был во времена прискорбных дебатов по поводу «мазохистического расстройства личности».

Поскольку концепция комплексного травматического синдрома получила более широкое признание, ей дали несколько дополнительных названий. Рабочая группа диагностического руководства Американской психиатрической ассоциации выбрала определение «расстройство крайнего стресса, иначе не уточненное». Международная классификация болезней рассматривает похожую концепцию под определением «изменения личности в результате катастрофического опыта». Эти названия могут быть корявыми и неуклюжими, но практически любое название, которое дает признание этому синдрому, лучше, чем вовсе никакого.

* FEARS и BAD FEARS.

** На сегодняшний день, в пятом издании DSM, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство все еще не признается отдельным диагнозом и состоянием, хотя термин широко используется специалистами в литературе и практике.

Именованное синдром комплексного посттравматического стрессового расстройства представляет собой важнейший шаг к тому, чтобы дать людям, долгое время бывшим объектами эксплуатации, некую меру признания, которого они заслуживают. Это попытка найти язык, одновременно верный и традициям корректного психологического наблюдения, и моральным требованиям травмированных людей. Это попытка учиться у выживших, которые глубже, чем любой исследователь, понимают эффекты лишения свободы.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство

1. История подчинения тоталитарному контролю в течение длительного периода времени (месяцы, годы). Примеры включают заложников, военнопленных, узников концентрационных лагерей, бывших членов некоторых религиозных сект. Примеры также включают людей, подчиненных тоталитарным системам в сексуальной и семейной жизни, включая переживших домашнее насилие, избиения, физическое или сексуальное насилие в детстве и организованную сексуальную эксплуатацию.
2. Изменения в регуляции аффекта, в том числе:
 - Стойкая дисфория
 - Хронические суицидальные тенденции
 - Самоповреждение
 - Взрывной или крайне подавленный характер гнева (могут чередоваться)
 - Компульсивная или крайне подавленная сексуальность (могут чередоваться)
3. Изменения в сознании, в том числе:
 - Амнезия или гипермнезия в отношении травмирующих событий
 - Преходящие диссоциативные эпизоды
 - Деперсонализация и/или дереализация
 - Воспроизведение травмирующих переживаний либо в форме интрузивных симптомов посттравматического стрессового расстройства, либо в форме навязчивых мыслей
4. Изменения в восприятии себя, в том числе:
 - Чувство беспомощности или паралич инициативы
 - Стыд, чувство вины и самообвинение
 - Чувство загрязненности или стигмы

Чувство полной непохожести на других (может включать чувство уникальности, крайнего одиночества, веру в то, что никто не в силах понять, или нечеловеческую идентичность)

5. Изменения в восприятии преступника, в том числе:
 - Навязчивая поглощенность отношениями с преступником (включает озабоченность мстью)
 - Нереалистичное приписывание абсолютной власти преступнику (внимание: оценка реальности этой власти жертвой может быть более реалистичной, чем оценка клинициста)
 - Идеализация или парадоксальная благодарность
 - Ощущение уникальных или сверхъестественных отношений
 - Принятие системы ценностей или логических объяснений преступника
6. Изменения в отношениях с другими, в том числе:
 - Изоляция и уход в себя
 - Нарушения в близких отношениях
 - Повторяющиеся поиски спасителя (могут чередоваться с изоляцией и уходом в себя)
 - Стойкое недоверие
 - Повторяющаяся неспособность к самозащите
7. Изменения в системах смысла:
 - Утрата поддерживающей веры
 - Чувство безнадежности и отчаяния

Выжившие как психиатрические пациенты

В системе психиатрии полным-полно людей, переживших длительную повторяющуюся травму, даже несмотря на то, что большинство людей, испытавших насилие в детстве, никогда не обращают на себя внимание психиатров. В той мере, в какой этим людям удастся восстановиться, они делают это самостоятельно²¹. В то время как лишь небольшое количество выживших — обычно те, у кого за плечами наиболее тяжелая история насилия, — в итоге становятся психиатрическими пациентами, многие или даже большинство из них — это пострадавшие от насилия в детстве²².

Данные, подкрепляющие это утверждение, не вызывают сомнения. Тщательные опросы показывают, что 50—60% пациентов психиатрических стационаров и 40—60% амбулаторных пациентов в детстве имели

историю физического или сексуального насилия, а иногда того и другого вместе²³. В одном исследовании пациентов психиатрического отделения неотложной помощи у 70% были обнаружены в прошлом истории насилия²⁴. Таким образом, насилие в детстве, по-видимому, является одним из главных факторов, которые приводят человека к психиатрическому лечению, когда он уже стал взрослым.

Люди, пережившие насилие в детстве, если становятся пациентами, демонстрируют озадачивающе широкий спектр симптомов. Их общий уровень дистресса выше, чем у других пациентов. Пожалуй, наиболее впечатляющее открытие — это сама длина списка симптомов, коррелирующих с историей насилия в детстве²⁵. Психолог Джеффри Брайер и его коллеги сообщают, что женщины с историей физического или сексуального насилия показывают существенно более высокие результаты, чем другие пациентки, в стандартизированных тестах на соматизацию, депрессию, общую тревожность, фобическую тревожность, межличностную чувствительность, паранойю и «психотизм» (вероятно, имеются в виду диссоциативные симптомы)²⁶. Психолог Джон Бриер сообщает, что люди, пережившие насилие в детстве, страдают от существенно более высокого уровня бессонницы, сексуальной дисфункции, диссоциации, гнева, суицидальности, самоповреждения, алкогольной и наркотической зависимости, чем другие пациенты²⁷. Этот список симптомов может продолжаться почти бесконечно.

Когда люди, пережившие насилие в детстве, обращаются за лечением, у них есть, по выражению психолога Дениз Гелинас, «скрытая история»^{*}. Они приходят за помощью в связи со своими многочисленными симптомами или трудностями в отношениях: проблемами с близостью, избыточной отзывчивостью на потребности других, повторяющейся виктимизацией. Слишком часто ни пациент, ни терапевт не распознают связи между излагаемой проблемой и историей хронической травмы²⁸.

Пострадавшим от насилия в детстве, как и другим травмированным людям, часто ставят ошибочные диагнозы и неправильно лечат в системе психиатрических учреждений. Из-за множественности и сложности их симптомов лечение часто бывает фрагментированным и неполным. Из-за существенных трудностей в близких отношениях они особенно уязвимы для повторения виктимизации со стороны тех, кто должен оказывать им помощь. Они могут оказаться вовлеченными в длительные деструктивные взаимодействия, в которых система медицины или психиатрии воспроизводит поведение абьюзивной семьи.

^{*} Disguised presentation (англ.) — замаскированное представление. (Прим. пер.)

Люди, выжившие вопреки тому, что подвергались в детстве абьюзам, часто успевают собрать коллекцию из множества разных диагнозов, прежде чем будет распознана их основополагающая проблема — комплексный посттравматический синдром.

Высока вероятность, что они получают диагноз с сильными негативными коннотациями. Пережившим насилие в детстве часто ставят три особенно проблемных диагноза: соматизированное расстройство, пограничное расстройство личности и расстройство множественной личности. Все три диагноза некогда были объединены под ныне устаревшим названием «истерия»²⁹. Пациентки, обычно женщины, с такими диагнозами вызывают у специалистов необычайно сильные реакции. Их слово часто ставят под сомнение. Их часто обвиняют в манипулировании или симуляции. Они часто оказываются объектами яростных и непримиримых споров. Иногда их откровенно ненавидят.

Эти три диагноза несут в себе уничижительный смысл. Самый скандальный из них — пограничное расстройство личности. Этот термин в профессиональной психиатрической среде нередко используется почти как изощренное оскорбление. Один психиатр честно признается:

«Помнится, будучи ординатором, я спросил своего супервизора, как лечить пациентов с пограничным расстройством личности, на что он саркастически ответил: “Направлять к другому психиатру”»³⁰.

Психиатр Ирвин Ялом описывает термин «пограничное» в названии диагноза как «слово, вызывающее ужас в душе психиатра средних лет, ищущего комфорта и покоя»³¹. Некоторые клиницисты утверждают, что термин «пограничное расстройство личности» стал настолько предосудительным, что от него следовало бы полностью отказаться, так же как пришлось отказаться от термина-предшественника — истерии.

У этих трех диагнозов много общих черт, и часто они сливаются и накладываются друг на друга. Пациенты, получающие любой из них, обычно отвечают критериям и нескольких других диагнозов. Например, у большинства пациентов с соматизированным расстройством также присутствует депрессия, агорафобия и паника вдобавок к их многочисленным соматическим жалобам³². Более чем половине ставятся дополнительные диагнозы «истерического» (или гистрионического), «антисоциального» или «пограничного» расстройства личности³³. Аналогичным образом люди с пограничным расстройством личности часто страдают также от клинической депрессии, злоупотребления психоактивными веществами, агорафобии, паники и соматизированного расстройства³⁴. Большинство пациентов с расстройством

множественной личности ощущают тяжелую депрессию³⁵. Большинство также отвечают диагностическим критериям пограничного расстройства личности³⁶. И, как правило, у них есть многочисленные психосоматические жалобы, включающие головные боли, необъяснимые болевые ощущения, расстройства желудочно-кишечного тракта и симптомы истерической конверсии. Эти пациенты получают в среднем по три других психиатрических или неврологических диагноза до того, как наконец будет опознана фундаментальная проблема — расстройство множественной личности³⁷.

Все три расстройства сочетаются с высоким уровнем гипнабельности или диссоциации, но в этом отношении расстройство множественной личности представляет собой самостоятельный класс. Люди с таким диагнозом обладают поразительными диссоциативными способностями. Некоторые из наиболее странных симптомов могут ошибочно приниматься за симптомы шизофрении³⁸. Например, у людей могут возникать эпизоды переживания «пассивного влияния», когда их якобы контролирует другая личность, или галлюцинации, в которых они слышат голоса конфликтующих альтер-личностей. Пациенты с пограничным расстройством личности, хотя и редко способны на столь виртуозные трюки диссоциации, также демонстрируют аномально высокий уровень диссоциативных симптомов³⁹. А пациенты с соматизированным расстройством отличаются высоким уровнем гипнабельности и психогенной амнезии⁴⁰.

Пациенты со всеми тремя расстройствами также имеют характерные общие трудности в близких отношениях. Межличностные трудности особенно широко документированы у пациентов с пограничным расстройством личности. Более того, паттерн бурных, нестабильных отношений — один из главных критериев для постановки такого диагноза. Пограничные пациенты с большим трудом переносят одиночество, но при этом чрезвычайно опасаются других. Боящиеся оказаться брошенными, с одной стороны, и опасющиеся доминирования — с другой, они мечутся из крайности зависимости в крайность отстраненности, между унижительной покорностью и яростным бунтом⁴¹. Они склонны формировать «особые» отношения с идеализируемыми заботящимися фигурами, в которых не соблюдаются стандартные границы⁴². Психоаналитики приписывают эту нестабильность сбою в психологическом развитии в определяющие годы раннего детства. Один авторитетный исследователь в этой области описывает главный дефект при пограничном расстройстве личности как «неспособность достичь объектного постоянства», то есть неспособность формировать надежные и хорошо интегрированные внутренние репрезентации людей, которым пациент доверяет⁴³. Другой говорит об «относительном изъёме развития в формировании интроек-

тов, которые обеспечивают “я” функцию поддерживающе-успокаивающей безопасности»; то есть люди с пограничным расстройством личности не могут успокоить или утешить себя, вызывая мысленный образ безопасных отношений с тем, кто о них заботится⁴⁴.

Сходные паттерны бурных, нестабильных отношений обнаруживаются у пациентов с расстройством множественной личности. При этом расстройстве с его крайней обособленностью функций чрезвычайно противоречивые паттерны отношений могут осуществляться диссоциированными «альтер»-личностями. Пациенты с расстройством множественной личности склонны к бурным, в высшей степени «уникальным» отношениям, отягощенным нарушением границ, конфликтами и потенциалом к эксплуатации⁴⁵. Пациенты с соматизированным расстройством также сталкиваются с трудностями в близких отношениях, в том числе сексуальными, супружескими и проблемами в воспитании детей⁴⁶.

Нарушения в формировании идентичности также характерны для пациентов с пограничным расстройством и расстройством множественной личности (систематическое изучение соматизированного расстройства пока не было предпринято). Фрагментация «я» на диссоциированных «альтеров» — главная черта расстройства множественной личности. Спектр альтер-личностей обычно включает как минимум одну «злую» или «плохую» и как минимум одну социально конформную, покорную или «хорошую»⁴⁷.

Пациенты с пограничным расстройством личности не обладают диссоциативной способностью формировать фрагментированные альтер-личности, но у них возникают сходные трудности в развитии интегрированной идентичности. Внутренние образы «я» расщепляются на крайности хорошего и плохого. Нестабильное чувство «я» — один из главных диагностических критериев пограничного расстройства личности, а расщепление внутренних репрезентаций «я» и других некоторые теоретики считают центральной фундаментальной патологией этого расстройства⁴⁸.

Общим знаменателем этих трех расстройств являются их корни, уходящие в историю детской травмы. Доказательства этой связи варьируются от однозначных до предположительных. В случае расстройства множественной личности первопричинная роль тяжелой детской травмы на данный момент твердо установлена⁴⁹. В исследовании психиатра Фрэнка Патнэма, в котором приняли участие 100 пациентов с этим расстройством, у 97 были истории серьезной детской травмы, чаще всего сексуального насилия, физического насилия или обоих типов вместе. Крайний садизм и невыносимая жестокость в этих историях были правилом, а не исключением. Почти половина пациентов была свидетелями насильственной смерти кого-то из близких⁵⁰.

Мои собственные исследования пациентов с пограничным расстройством личности также зафиксировали истории детской травмы в подавляющем большинстве случаев (81%). Насилие, как правило, начиналось на ранних этапах жизни и имело жестокий и длительный характер, хотя редко доходило до летальных исходов, которые часто описывают пациенты с расстройством множественной личности. Чем раньше начинается насилие, чем более оно жестоко, тем больше вероятность, что у переживших его разовьются симптомы этого расстройства⁵¹. Особые отношения между симптомами пограничного расстройства личности и историей детской травмы ныне подтверждены другими многочисленными исследованиями⁵².

Сбор подтверждений связи между соматизированным расстройством и детской травмой еще не завершен. Соматизированное расстройство иногда называют синдромом Брике, в честь французского врача XIX века Поля Брике, предшественника Шарко. Наблюдения Брике о пациентах с этим расстройством полны примеров бытового насилия, детской травмы и жестокого обращения. Опросив 87 детей младше 12 лет, Брике отметил, что треть из них «родители постоянно подвергали абьюзам, или держали в постоянном страхе, или правили ими суровой рукой». Симптомы еще десятой части детей он относил на счет иных травмирующих переживаний⁵³.

Исследования связи между соматизированным расстройством и пережитым в детстве насилием, прервавшиеся на целый век, были возобновлены лишь в последнее время. Недавнее исследование женщин с соматизированным расстройством обнаружило, что 55% из них подверглись сексуальному насилию в детстве, обычно со стороны родственников. Однако это исследование фокусировалось только на раннем опыте сексуального насилия; женщин не расспрашивали о физическом насилии или более общей атмосфере жестокости в их семьях⁵⁴. Систематическое изучение детских историй людей с соматизированным расстройством еще только предстоит предпринять.

Вероятно, эти три расстройства лучше всего понимать как варианты комплексного посттравматического стрессового расстройства, при этом каждое из них черпает свои характерные особенности в одной из форм адаптации к травматической среде. *Физионевроз* посттравматического стрессового расстройства — наиболее выдающаяся черта соматизированного расстройства, деформация сознания заметнее всего выделяется в расстройстве множественной личности, а нарушения в идентичности и отношениях — в пограничном расстройстве личности. Охватывающая все концепция комплексного посттравматического синдрома объясняет и частности этих трех расстройств, и их взаимосвязь. Эта формулировка также воссоединяет описательные фрагменты состояния, которое некогда называли истерией, и подтверждает их общий источник в истории психологической травмы.

Многие из наиболее проблемных черт этих трех расстройств становятся более понятными в свете истории детской травмы. Но, что еще важнее, выжившие становятся понятнее для самих себя. Когда они распознают, что истоки их психологических трудностей возникли из насильственной среды в детстве, им больше нет нужды приписывать эти трудности выражению какого-то внутреннего дефекта «я». Таким образом, открывается путь к созданию нового смысла в своем опыте и новой, нестигматизированной идентичности.

Понимание роли детской травмы в развитии этих тяжелых расстройств также влияет на каждый аспект лечения. Оно обеспечивает условия для основанного на сотрудничестве терапевтического альянса, который нормализует и обосновывает эмоциональные реакции пережившего насилие человека на прошлые события, в то же время признавая, что эти реакции могут быть неадаптивными в настоящем. Более того, общее понимание характерных проблем в отношениях у людей, переживших насилие, и вытекающего из них риска повторения виктимизации дает наибольшую гарантию от непреднамеренных воссозданий изначальной травмы в терапевтических отношениях.

Пациенты красноречиво свидетельствуют о том, что признание травмы является центральной составляющей процесса восстановления. Три женщины с долгой историей психиатрического лечения могут сказать здесь от имени всех пациенток и пациентов. У каждой из них за плечами набор многочисленных ошибочных диагнозов и множество этапов безуспешного лечения, прежде чем источник психологических проблем был, наконец, обнаружен в истории тяжелого насилия в детстве. И каждая история предлагает нам расшифровать ее язык и опознать под множеством масок комплексный посттравматический синдром.

У первой выжившей, Барбары, преобладают симптомы соматизированного расстройства:

«Я жила в аду на земле, не зная такой роскоши, как врач или лечение... Я не могла дышать, у меня были спазмы, когда я пыталась глотать пищу; сердце колотилось в груди, немело лицо, и начиналась пляска святого Витта*, когда я ложилась в постель. У меня были мигрени, а кровеносные сосуды над правым глазом вздувались настолько, что я не могла его закрыть.

*Пляска святого Витта (также хорей) — синдром, характеризующийся беспорядочными, отрывистыми, нерегулярными движениями, напоминающими танец. (Прим. ред.)

[Мой психотерапевт] и я решили, что это диссоциативные состояния. Хотя они очень похожи на [отдельные] личности, я знаю, что они — часть меня. Когда эти ужасы проявились впервые, я прошла через психологическую смерть. Я помню, как парила на белом облаке с множеством людей внутри, но не могла разобрать их лиц. Затем оттуда показались две руки, надавили мне на грудь, и чей-то голос сказал: “Не ходи туда”.

Если бы я обратилась за помощью, когда у меня случился этот приступ, во мне определили бы психически больную. Вероятно, диагностировали бы маниакально-депрессивный психоз с привкусом шизофрении, панического расстройства и агорафобии. В то время ни у кого не было инструментов, чтобы диагностировать [комплексное] посттравматическое стрессовое расстройство»⁵⁵.

У Тани, второй женщины, которая смогла выжить, пострадав от тяжелого насилия в детстве, было диагностировано пограничное расстройство личности:

«Я знаю, что [сейчас] к “пограничникам” и прочим начинают относиться лучше. Постановка этого диагноза привела к тому, что [врачи] стали обращаться со мной точно так же, как обращались дома. В ту же минуту, как был озвучен этот диагноз, люди перестали считать меня человеком, совершающим осмысленные поступки. Психиатрическое лечение оказалось таким же разрушительным, как и все, что было до него.

Отрицание реальности моего опыта — вот что нанесло больше всего вреда. Невозможность довериться кому-либо была его самым серьезным эффектом... Я знаю, что совершала отвратительные поступки. Но я не была сумасшедшей. Некоторые люди ведут себя так потому, что ощущают безнадежность. Наконец я нашла несколько человек, которые были способны нормально относиться ко мне, несмотря на мои серьезные проблемы. Хорошие терапевты — это те, которые действительно признавали мой опыт»⁵⁶.

Третья выжившая — Хоуп, проявляющая преобладающие симптомы расстройства множественной личности:

«Давным-давно чудесную маленькую девочку наградили званием “параноидная шизофреничка”... Этот ярлык стал тяжким бременем. Прокрустовым ложем, в которое я всегда идеально помещалась, поскольку

никогда не росла... Меня словно запеленали, связали по рукам и ногам. «Вы ошибаетесь. Когда мне ставили диагноз “параноидная шизофрения”, я не могла тепло взглянуть в честные глаза доктора и сказать: “Вы ошибаетесь. Просто вся моя жизнь переполнена горем, но ничего страшного”».

Эти пугающие слова каким-то образом оказывались в моей утренней каше, пропитывали мою одежду во время стирки. Я чувствовала их в тяжелых взглядах, в руках, которые ненароком опускались. Я видела эти слова в отвернувшемся лице, в незаданных вопросах, в тщательных, неоднократных попытках загнать меня в рамки концепции, которую сокращали и упрощали ради моего же блага. Годы проходят. Они идут дальше. Этот навязчивый рефрен стал моим образом жизни. Ожидания на паузе. Прогресс с ностальгией оглядывается назад. И все это время на груди пригрета змея, спряталась, свернувшись в сердце.

Наконец сны стали вырываться на свободу, приободренные свежестью нарастающего тихого голоса. Я увидела часть того, что никогда не могли передать эти невысказанные слова. Я увидела маску. Она была похожа на меня. Я сняла ее и узрела горстку сгрудившихся, перепуганных людей, которые жались друг к другу, пряча ужасные тайны...

Слова “параноидная шизофрения” начали вставать на место, буква за буквой, но выглядели они как чувства, мысли и поступки, которые вредили детям, и лгали, и покрывали бесчестье и ужас. Я начала понимать, что этот ярлык, этот диагноз был сработан вручную, точь-в-точь как буква А, которую Эстер Принн вышивала у себя на груди... И все эти дни, все эти вышитые часами напролет другие слова отпихивали в сторону тот значок, тот ярлык, тот диагноз. “Вредить детям”. “То, что непристойно”. “Женщины с женщинами и мужчины с мужчинами, делающие то, что непристойно”.

Я махнула рукой на свою параноидную шизофрению, упаковала ее в сверток вместе со своими проблемами и отослала в Филадельфию»⁵⁷.

Часть II

СТАДИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

ЦЕЛИТЕЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Главные составляющие опыта психологической травмы — это лишение власти над своей жизнью и разрыв связей с другими. Поэтому основа восстановления — возрождение полномочий владеть своей жизнью и создание новых связей. Восстановление может иметь место только в контексте отношений; в изоляции оно происходить не может. В возобновленных связях с другими людьми люди, пережившие травмирующий опыт, воссоздают психологические навыки, которые были из-за него утрачены. В их число входят базовые способности к доверию, автономии, инициативе, компетентности, самоидентификации и близости¹. Как эти способности изначально формировались в отношениях с другими людьми, так и теперь они должны заново сформироваться в подобных же отношениях.

Первый принцип восстановления — возвращение ощущения себя, как главного человека, обладающего правами и возможностями владеть своей жизнью*. Выжившие должны стать авторами собственного восстановления и теми, кто его оценивает**. Другие могут давать советы, обес-

*Здесь и далее в авторском тексте используется термин *Empowerment* (англ.), для которого нет короткого точного в этом контексте перевода на русский язык; по смыслу речь идет о восстановлении ощущения власти, влияния или авторства в своей жизни. Также термин отражает, что это восстановление происходит в контексте отношений. Все эти слова, в том числе «автор восстановления», Джудит Герман также использует в своем тексте, и в переводе мы чаще будем опираться на них.

**В этой посвященной восстановлению части книги, в основном в отношении людей, переживших травмирующий опыт в прошлом, уже в нем выживших и соединяющихся с возможностями снизить его влияние в настоящем или максимально расстаться с его последствиями, в авторском тексте используется только слово *survivors* — выжившие. Оно наиболее точно отражает смысл ситуации,

печивать поддержку и помощь, дарить человеческое тепло и заботу, но не исцелять. Многие участливые и совершаемые с намерением принести пользу попытки помочь оканчиваются неудачей, потому что не соблюдается этот фундаментальный принцип авторства. Никакое вмешательство, отнимающее силу или власть у человека, пережившего насилие, не может способствовать его восстановлению, даже если кажется, что оно необходимо ради его же блага. По словам женщины, пережившей инцест, «хорошие терапевты — это те, которые действительно признали мой опыт и помогли мне контролировать мое поведение, а не пытались контролировать меня»².

Помогающим специалистам, обученным в традиции медицинской модели*, часто бывает трудно усвоить этот фундаментальный принцип и последовательно применять его на практике. В исключительных обстоятельствах, когда человек наотрез отказывается заботиться о себе самостоятельно или прямо угрожает навредить себе или другим, требуется решительное вмешательство с его согласия или без. Но даже тогда нет необходимости в односторонних действиях: человека следует спрашивать о его желаниях и предлагать ему максимальную свободу выбора, совместимую с требованиями безопасности.

Принцип возвращения контроля травмированному человеку получил широкое признание. Абрам Кардинер определяет роль терапевта как помощника пациента, чья цель — «помогать пациенту выполнять работу, которую он пытается делать спонтанно» и восстановить «элемент возобновленного контроля»³. Мартин Симондс, работающий с людьми, бывшими заложниками, называет в числе принципов лечения возвращение выжившими себе права распоряжаться собой, сокращение изоляции, уменьшение чувства беспомощности путем увеличения вариантов выбора и противодействие динамике доминирования в подходе к жертве⁴.

истории и возможных психологических процессов пострадавших людей на этом этапе. В него также включено знание об их способностях и намерении жить, которые, пусть в сколь угодно подавленной обстоятельствами форме, им удалось сохранить в самые сложные времена. По этим причинам, насколько возможно, мы сохраняем точный перевод — «выжившие». Кроме того, Джудит Герман — феминистка. Это существенный контекст и источник силы всей ее работы, и это также отражено в тексте — говоря о выживших, Джудит Герман использует женское местоимение «она» — *survivor, she*, то есть на русский, сохраняя дух и контекст книги, мы должны чаще переводить «выжившая» и использовать женский род.

* Медицинская модель — подход в медицине, предполагающий, помимо прочего, что пациент является пассивным объектом медицинского вмешательства. (Прим. ред.)

Общественные активисты Эван Старк и Энн Флиткрафт постулируют восстановление автономии и авторства, владения своей жизнью, как терапевтическую цель своей работы с женщинами, подвергавшимися побоям в своих домах. Они определяют автономию как «ощущение отдельности, гибкости, свободы действий, достаточное, чтобы определять собственные интересы... и принимать важные решения», в то время как авторство в своей жизни, восстановление владения ею, по их мнению, — это «сочетание взаимной поддержки с индивидуальной автономией»⁵.

С их точки зрения, женщина, которая выглядит как беспомощная и «деградирующая» пациентка в традиционной обычной или психиатрической клинике, может выглядеть и вести себя как «сильная выжившая» в безопасной обстановке убежища для переживших насилие, где другие подтверждают реальность ее опыта, признают и поощряют ее сильные стороны.

Отношения выживших со своими терапевтами — лишь одни отношения из многих. Это ни в коем случае не единственные и даже не обязательно лучшие отношения, способствующие восстановлению. Травмированные люди зачастую неохотно просят вообще о какой-либо помощи, не говоря уже о помощи психотерапевтической. Но многие страдающие посттравматическим стрессовым расстройством в итоге обращаются за помощью к системе психиатрических учреждений. Например, национальное исследование ветеранов Вьетнама показало, что большинство ветеранов с ПТСР обращались за лечением по поводу проблем психического здоровья как минимум однажды после возвращения с войны⁶.

Терапевтические отношения уникальны по нескольким параметрам. Во-первых, их единственная цель — способствовать выздоровлению пациента. Для достижения этой цели терапевт становится союзником пациента, предоставляя в его распоряжение все ресурсы своих знаний, навыков и опыта. Во-вторых, терапевтические отношения уникальны в силу договоренностей между пациентом и терапевтом, касающихся применения власти. Пациент приступает к терапии, нуждаясь в помощи и заботе. В силу самого этого факта он добровольно включается в неравные отношения, в которых терапевт обладает превосходящим статусом и властью. Чувства, связанные с универсальным детским опытом зависимости от родителя, неизбежно возникают в такой ситуации. Эти чувства, известные под названием *перенос*, еще сильнее укрепляют дисбаланс власти в терапевтических отношениях и делают пациента уязвимым для эксплуатации. Терапевт ответственен за то, чтобы пользоваться данной ему властью только для того, чтобы способствовать выздоровлению пациента, сопротивляясь любым искушениям этой властью злоупотребить. Эта гарантия, на кото-

рой зиждется честность любых терапевтических отношений, имеет особую важность для пациентов, которые уже пострадали в результате авторитарного и эксплуататорского применения власти другим человеком.

Вступая в терапевтические отношения, терапевт обещает уважать автономию пациента, оставаясь незаинтересованной и нейтральной стороной. «Незаинтересованность» означает, что специалист воздерживается от применения власти по отношению к человеку для удовлетворения своих личных целей. «Нейтральность» означает, что терапевт не становится ни на какую сторону во внутренних конфликтах пациента и не пытается управлять его жизненными решениями. Постоянно напоминая себе, что беседующий с ним человек сам отвечает за собственную жизнь, терапевт воздерживается от навязывания своей точки зрения. Незаинтересованная и нейтральная позиция — это идеал, к которому следует стремиться и который никогда не достигается на 100%.

Техническая нейтральность терапевтов не то же самое, что моральная нейтральность. Работа с виктимизированными людьми требует решительной и устойчивой моральной позиции. Призвание терапевтов — засвидетельствовать преступление. Они должны подтверждать позицию солидарности с жертвами. Эта позиция не равнозначна упрощенному представлению о том, что жертва не может совершать ошибок; скорее она включает понимание фундаментальной несправедливости травмирующего опыта и необходимости в освобождении от его последствий и исходе, который восстановит некоторое чувство справедливости. Эта убежденность выражается в повседневной практике терапевтов, в языке, словах, которые они используют, и, прежде всего, в их моральной приверженности участвовать в рассказывании правды, не уклоняясь от нее и не маскируя ее. Яэль Даниели, психолог, которая работает с людьми, пережившими холокост, занимает эту моральную позицию даже в стандартном процессе опроса о семейной истории. Когда выжившие используют в отношении своих родственников слово «умерли», она поправляет: «Убиты». И пишет:

«Терапевты и исследователи, работающие с членами семей выживших, сталкиваются с людьми, которых холокост лишил нормального течения смены поколений и возрастов. Он также украл у них — и продолжает красть — естественную, индивидуальную смерть... а следовательно, нормальное переживание утраты. Использование слова “умерли” при описании судьбы сообществ, членами которых были люди, пережившие холокост, их родственников и друзей, выглядит как защитная реакция, не дающая признать убийство как, пожалуй, наиболее жестокую реальность холокоста»⁷.

Терапевт вносит вклад сразу в два мира интеллекта и отношений, способствуя как инсайту, так и эмпатической связи. Кардинер отмечает, что «центральной составляющей терапии всегда должен быть рост понимания пациента» относительно природы и значения его симптомов. Но в то же время «позиция врача в лечении этих случаев — это позиция оберегающего родителя. Он должен помочь пациенту вновь обрести власть над внешним миром, чего никак нельзя добиться при поверхностном “таблеточном” подходе»⁸.

Психоаналитик Отто Кернберг делится сходными наблюдениями в лечении пациентов с пограничным расстройством личности:

«Эмпатическое отношение терапевта, производное от эмоционального понимания им себя, транзитной идентификации с пациентом и заботливого беспокойства о нем, обладает чертами, общими с эмпатией “достаточно хорошей матери” к своему ребенку... Однако в работе терапевта с пациентом присутствует также полностью рациональный, когнитивный, почти аскетический аспект, который придает их отношениям совершенно иное качество»⁹.

Терапевтический альянс нельзя воспринимать как нечто само собой разумеющееся; его необходимо старательно выстраивать объединенными усилиями терапевта и пациента. Терапия требует отношений сотрудничества, в которых партнеры действуют на основе своей безусловной уверенности в ценности и эффективности убеждения, а не принуждения; идей, а не силы; взаимности, а не авторитарного контроля. Именно такая уверенность и была уничтожена травмирующим опытом. Травма повреждает способность пациента вступать в доверительные отношения; она также оказывает не прямое, но мощное воздействие на терапевта. В результате и у пациента, и у терапевта будут возникать предсказуемые трудности на пути к рабочему альянсу. Эти трудности необходимо понимать и предвидеть с самого начала.

Травматический перенос

У пациентов, страдающих травматическим синдромом, формируется характерный тип переноса в терапевтических отношениях. Их эмоциональные реакции на людей, занимающих позицию власти, деформированы переживанием ужаса. По этой причине реакции травматического переноса характеризуются эмоциональной силой, не имеющей прецедентов

в обычном терапевтическом опыте. Говоря словами Кернберга, «словно сама жизнь пациента зависит от того, сможет ли он удержать под контролем терапевта»¹⁰. Одни из самых пронизательных наблюдений о превратностях травматического переноса встречаются в классических трудах о лечении пограничного расстройства личности, составленных тогда, когда о травматическом происхождении этого расстройства было еще не известно. При чтении этих отчетов кажется, будто некая разрушительная сила то и дело вторгается в отношения между терапевтом и пациентом. В этой силе, которую прежде традиционно приписывали внутренне присущей агрессивности пациентов, сегодня можно распознать отражение жестокости того, кто подвергал их насилию. Психиатр Эрик Листер отмечает, что перенос у травмированных пациентов отражает не простые диадные отношения, а скорее триаду:

«Ужас этот таков, словно пациент и терапевт встречаются в присутствии еще одного человека. Этот третий — тот, кто когда-то сделал человека жертвой, ...тот, кто требовал молчания и чей приказ теперь нарушен»¹¹.

Травматический перенос отражает не только чувство ужаса, но и переживание беспомощности. В момент травмы жертва крайне беспомощна. Не способная защитить себя, она взывает о помощи, но никто не спешит на выручку. Она чувствует себя брошенной. Воспоминание об этом переживании проникает во все последующие отношения. Чем сильнее эмоциональная убежденность человека в беспомощности и брошенности, тем отчаяннее он нуждается во всемогущем спасителе. Часто он назначает на эту роль терапевта. В этом случае у пациента могут развиваться нереалистичные ожидания в отношении терапевта. Идеализация терапевта защищает пациента — в его фантазии — от переживания ужаса травмы заново.

В одном успешном случае лечения и пациентка, и терапевт пришли к пониманию, что именно ужас был источником настойчивых просьб пациентки о спасении:

«Терапевт заметил: “Это страшно — когда настолько нуждаешься в человеке, а контролировать его не можешь”. Пациентка эмоционально подхватила и продолжила эту мысль: “Это страшно потому, что вы можете убить меня своими словами... или равнодушием, или отказом от меня”. А терапевт добавил: “Теперь нам ясно, почему вам так нужно, чтобы я был идеальным»»¹².

Когда терапевт не оправдывает этих идеализированных ожиданий — а это неизбежно происходит, — пациента часто охватывает ярость. Поскольку обратившемуся за помощью человеку кажется, что его жизнь зависит от спасителя, он не может позволить себе быть терпимым: здесь нет места для обычных человеческих ошибок. Рассказ ветерана Вьетнама Тима О'Брайена о его чувствах после боевого ранения иллюстрирует беспомощную, отчаянную ярость травмированного человека, которую он направляет на своего спасителя, стоит тому хоть на йоту отступить от своей роли:

«Меня разъедало желание мести. По вечерам я порой слишком много пил. Я вспоминал, как меня подстрелили, как я кричал, зовя санитаров, а потом ждал, и ждал, и ждал, разок потерял сознание, потом пришел в себя и снова кричал; как этот крик, казалось, порождал новую боль; вспоминал свою жуткую вонь, вонь пота и страха, и неловкие пальцы Бобби Йоргенсона, когда у него наконец дошли до меня руки. Я вспоминал все это, перебирал во всех подробностях... Мне хотелось заорать: “Это шок, придурок, я умираю!” — но я мог только скулить и выть. Я вспоминал это, и госпиталь, и медсестер. Я даже вспоминал свою ярость. Но больше не чувствовал ее. Единственное, что я теперь чувствовал, — это холод где-то глубоко в груди. Пункт первый: тот парень едва не угробил меня. Пункт второй: это не должно сойти ему с рук»¹³.

Это свидетельство говорит не только о беспомощной ярости человека, испытывающего страх смерти, но и об ошибочном переносе этой ярости с истинного виновника на того, кто пытается помочь. В восприятии солдата его чуть не убил санитар, а не вражеский солдат. Его ярость еще более усиливается чувством унижения и стыда. Хотя он отчаянно нуждается в помощи, ему до смерти стыдно, что его видят в таком жалком физическом состоянии. Пока его раны заживают в госпитале, он обдумывает план мести — не врагу, а неумелому спасителю. Многие травмированные люди ощущают похожую злобу на специалистов, которые пытаются помочь им, и лелеют похожие фантазии о мести. В этих фантазиях они мечтают ввергнуть терапевта, вызывающего чувства разочарования и зависти, в то же невыносимое состояние ужаса, беспомощности и стыда, от которого страдают сами.

Хотя травмированный пациент ощущает отчаянную потребность положиться на честность и компетентность терапевта, он не может этого сделать, поскольку его способность к доверию подорвана травмирующим опытом. В то время как в других терапевтических отношениях некото-

рая степень доверия может подразумеваться с самого начала, в терапии с людьми, пережившими или переживающими травмирующий опыт, никаких гарантий этого изначального условия нет¹⁴. Пациент вступает в терапевтические отношения, будучи легкой добычей для всевозможных подозрений и сомнений.

Он, как правило, исходит из предположения, что терапевт либо не способен, либо не хочет помочь. Пока ему не докажут обратное, он предполагает, что терапевт не сможет вынести истинную историю его травмы. Ветераны боевых действий не формируют доверительных отношений с терапевтом до тех пор, пока не убедятся, что он в состоянии выстоять и выслушать подробности их военной истории¹⁵. Жертвы изнасилования, заложники, политзаключенные, женщины, подвергавшиеся физическому насилию, и люди, пережившие холокост, — все они ощущают одинаковое недоверие к способности терапевта их выслушать. Говоря словами одной женщины, пережившей инцест, «их послушать, так эти терапевты знают все ответы, но стоит им услышать по-настоящему дерьмовые вещи, как они дают задний ход».

Однако в то же время пациент подвергает сомнению мотивы любого терапевта, который не даст задний ход. Он может приписывать терапевту многие из мотивов своего обидчика, например подозревать в эксплуататорских или вуайеристских намерениях¹⁶. В случаях, когда травма была многократной и длительной, подозрения пациента в извращенных или недобрых намерениях могут быть очень устойчивыми. Пациенты, подвергнувшиеся хронической травме и, как следствие, страдающие комплексным посттравматическим синдромом, также проявляют сложные реакции переноса. Продолжительное взаимодействие с преступником изменило подход человека к отношениям таким образом, что он не только опасается повторной виктимизации, но и, возможно, не способен защититься от нее, а иногда даже как будто способствует ее повторению. Динамика доминирования и подчинения возобновляется во всех его последующих отношениях, включая терапию.

Хронически травмированные пациенты особенно чувствительны к бессознательной и невербальной коммуникации. Привыкшие в течение долгого времени считывать эмоциональные и когнитивные состояния своих захватчиков, выжившие привносят это умение и в терапевтические отношения. Кернберг отмечает «паразитическую» способность пограничного пациента читать терапевта и реагировать на его слабые места¹⁷. Эмануэль Танай отмечает «чувствительность и обостренную восприимчивость» переживших холокост, добавляя, что «флуктуации внимания терапевта улавливаются этими пациентами мгновенно и с патологической сверхчувствительностью»¹⁸.

Пациент пристально изучает каждое слово и движение терапевта, стараясь защитить себя от враждебных реакций, которых от него ожидает. Поскольку никакой уверенности в благих намерениях терапевта у него нет, пациент настойчиво искажает трактовку мотивов и реакций собеседника. Это приводит к тому, что терапевт, в конце концов, может отреагировать на приписывание враждебности необычным образом. Втянутый в динамику отношений доминирования и подчинения, он может непреднамеренно воспроизвести некоторые аспекты абьюзивных отношений. Источником этой динамики, наиболее полно изученной на примере пограничных пациентов, посчитали оборонительный стиль «проективной идентификации»* пациента. Опять-таки, «тень» преступника незримо участвует в этом взаимодействии. Если суть изначальной травмы известна, терапевт может обнаружить пугающее сходство между нею и ее воспроизведением в терапии. Фрэнк Патнэм описывает один такой случай с пациенткой, страдавшей расстройством множественной личности:

Предупреждение о триггерах

СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ. НАСИЛЬСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

«В детстве отец неоднократно связывал пациентку и принуждал к оральному сексу. Во время последней госпитализации у нее были сильно выражены суицидальность и анорексия. Сотрудники больницы пытались кормить ее через назогастральный зонд, но она все время его вытаскивала. В результате они сочли необходимым фиксировать ее по четырем конечностям. Теперь пациентка была привязана к койке, а в горло ей насильно вводили трубку — все ради спасения ее жизни. Когда терапевт указал всем заинтересованным сторонам на сходство этих “терапевтических” вмешательств с насилием, пережитым пациенткой в детстве, стало возможным отменить принудительное кормление»¹⁹.

Воспроизведение отношений с преступником наиболее очевидно в сексуализированном переносе, который иногда возникает у выживших после длительного сексуального насилия в детстве. Человек может полагать, что единственная ценность, которой он способен обладать в глазах другого, особенно если тот обладает властью, — это его ценность как сексуаль-

*Проективная идентификация — в психоанализе механизм психологической защиты, при котором человек бессознательно пытается повлиять на другого так, чтобы тот вел себя в соответствии с его, возможно, тоже бессознательными представлениями о том, каков этот другой человек.

ного объекта. Так, например, терапевт описывает заключительный сеанс продолжительной успешной терапии женщины, пережившей инцест, у которой было диагностировано пограничное расстройство личности:

«Теперь она ощущала себя повзрослевшей дочерью; и все же [полагала], что соития у нас с ней не случилось потому, что, по-видимому, она была недостаточно сексуальна. Во время последнего сеанса она поинтересовалась, как я смогу понять степень ее признательности, если она поблагодарит меня только вербально. И только стоя у порога, осознала, что, возможно, мне действительно достаточно одной благодарности. Это было через семь лет после нашей первой встречи»²⁰.

Пациенты могут недвусмысленно заявлять о том, что желают сексуальных отношений. Некоторые могут даже требовать таких отношений как единственного убедительного доказательства равнодушия терапевта. В то же время даже эти пациенты страшатся возникновения сексуальных отношений в терапии, так как это воспроизведет их травмирующий опыт и лишь подтвердит убеждение, что все человеческие отношения извращены.

У людей, страдающих расстройством множественной личности, осложнения травматического переноса могут принимать крайние формы. Перенос у таких пациентов может быть очень фрагментированным, распределенным между разными альтер-личностями. Патнэм указывает, что терапевты, работающие с такими пациентами, привыкли заранее готовиться к чрезвычайно враждебному и сексуализированному переносу²¹. Но даже у людей, диссоциативные способности которых развиты не до такой степени, перенос может быть дезорганизованным и фрагментированным, подверженным частым колебаниям, характерным для травматических синдромов. В силу этого эмоциональные перипетии терапевтических отношений стадии восстановления от последствий травмирующего опыта обязательно будут непредсказуемыми и в равной степени приводящими в замешательство и пациента, и терапевта.

Травматический контрперенос

Травма заразна. Терапевт, находясь в роли свидетеля катастрофы или актов крайней жестокости, периодически испытывает эмоциональную перегрузку. Он переживает, пусть и в ослабленной форме, тот же ужас, ярость и отчаяние, которые испытывает пациент. Этот феномен известен под названием «травматический контрперенос» или «опосредованная трав-

матизация»²². Терапевт может начать ощущать симптомы посттравматического стрессового расстройства. Слушая историю травмы пациента, он обречен оживать в памяти травмирующие события из своего личного прошлого. Он может также заметить, что образы, связанные с историей пациента, вторгаются в его собственные мысли или сновидения. В одном подобном случае терапевту начали сниться те же абсурдные кошмарные сны, что и его пациенту Артуру, 35-летнему мужчине, который в детстве подвергался садистскому насилию со стороны отца:

«Артур рассказывал терапевту, что до сих пор боится отца, несмотря на то что тот умер десять лет назад. Ему казалось, что отец наблюдает за ним и может контролировать его даже с того света. Он считал, что единственный способ преодолеть демоническую власть отца — выкопать его из могилы и вогнать в сердце осиновый кол. У терапевта начались яркие кошмарные сны, в которых отец Артура входил в его комнату в виде гниющего полуразложившегося трупа».

Таким образом, вовлеченность в эту работу создает некоторый риск для психического здоровья терапевта. Его негативные реакции, если не успеть их понять и сдержать, предсказуемо ведут к нарушениям в терапевтическом альянсе с пациентом и к конфликтам с коллегами. Терапевтам, которые работают с травмированными людьми, требуется система непрерывной поддержки, чтобы справляться с этими сильными реакциями. Так же как и выжившие не могут восстановиться в одиночку, специалист не может работать с травмой без поддержки.

Травматический контрперенос включает целый спектр эмоциональных реакций терапевта на пережившего травму и само травмирующее событие. Даниели отмечает у терапевтов, работающих с пережившими холокост, почти обезличенную одинаковость эмоциональных реакций. Она указывает, что первичным источником этих реакций является сам холокост, а не индивидуальные личности терапевтов или пациентов²³. Эта интерпретация признает незримое присутствие «тени» преступника в отношениях между пациентом и терапевтом и отслеживает контрперенос, как и перенос, до его первоисточника, находящегося вне простых диадных отношений.

Помимо опосредованных симптомов посттравматического стрессового расстройства терапевту приходится бороться с теми же проблемами в отношениях, что и пациенту. Постоянное воздействие рассказов о человеческой жестокости неизбежно бросает вызов моральным убеждениям терапевта. Оно также усиливает его чувство уязвимости. Терапевт может

начать с опаской относиться к людям и проявлять недоверие даже в близких отношениях. Он может обнаружить, что стал циничнее трактовать мотивы других людей и пессимистичнее относиться к человеческой природе в целом²⁴.

Кроме того, терапевт эмпатически разделяет с пациентом чувство беспомощности. Это может привести к тому, что он начнет преуменьшать ценность собственных знаний и навыков или упускать из виду сильные стороны и внутренние ресурсы пациента. Под влиянием контрпереноса он может утратить уверенность в силе психотерапевтических отношений. Опытным терапевтам знакомо это внезапное ощущение некомпетентности и безнадёжности перед лицом травмированного пациента. Патнэм описывает, как опытные специалисты чувствуют себя напуганными и «разучившимися», сталкиваясь с особо трудным случаем расстройства множественной личности²⁵. Схожие чувства возникают у тех, кто работает с пережившими ситуации тяжелого политического террора и репрессии²⁶. Случай Айрин, жертвы сексуального террора, является примером того, как лечение временно зашло в тупик из-за потери терапевтом уверенности:

Предупреждение о триггерах СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ. ПРЕСЛЕДОВАНИЕ

«25-летняя Айрин поступила на лечение с жалобами на посттравматический синдром с выраженными симптомами перевозбуждения, интрузии и острого избегания. Прежде общительная, она устранилась от большей части видов деятельности и буквально стала отшельницей в собственном доме. Годом ранее она отбилась от попытки изнасилования на свидании; с тех пор мужчина преследовал ее ночными телефонными звонками, полными оскорблений и угроз. Он также следил за ней и держал под наблюдением дом Айрин, и она подозревала его в убийстве ее кошки. Женщина обращалась в полицию, но ей показалось, что ее проблема полицейских не заинтересовала, поскольку “ничего же на самом деле не случилось”.

Терапевт проникся фрустрацией и беспомощностью Айрин. Усомнившись, что психотерапия сможет ей помочь, он поймал себя на том, что вместо проведения терапии дает пациентке практические советы. Айрин уныло отвергала все его предложения, так же как отвергала помощь друзей, родственников и полиции. Она была уверена, что преступник легко обойдет любые меры, какие она способна принять. Терапия также не помогала; симптомы пациентки усугублялись, и она начала сообщать о появлении суицидальных мыслей.

Обсуждая этот случай на супервизии, терапевт осознал, что его, как и Айрин, одолело ощущение беспомощности. В результате он утратил уверенность в полезности слушания — своего основного инструмента. Во время следующего сеанса он спросил, рассказывала ли Айрин кому-нибудь историю о том, что с ней случилось, от начала до конца. Айрин ответила, что никто не желал ее слушать; люди просто хотели, чтобы она взяла себя в руки и пришла в норму. Терапевт заметил, что Айрин, должно быть, очень одиноко, и поинтересовался, не чувствует ли она, что и ему она не может доверять. Айрин разразилась слезами. Ей действительно казалось, что терапевт не желал ее слушать.

За время последующих сеансов, на которых Айрин рассказывала свою историю, ее симптомы постепенно ослабевали. Она начала активнее принимать меры по самозащите, мобилизовав друзей и родственников, и нашла более эффективные способы добиться помощи от полиции. Хотя женщина обсуждала эти стратегии с терапевтом, она разрабатывала их в первую очередь по собственной инициативе».

Защищаясь от невыносимого чувства беспомощности, терапевт может попытаться занять позицию спасателя, все сильнее вживаясь в роль адвоката пациента. В этом поступке терапевта имплицитно заложено и читается допущение о неспособности пациента самостоятельно действовать в своих интересах. Чем больше терапевт проникается мыслью о беспомощности пациента, тем больше он усугубляет травматический перенос и отнимает у него ощущение власти над своей жизнью.

Многие опытные терапевты, обычно неукоснительно соблюдающие границы терапевтических отношений, ловят себя на том, что нарушают эти границы и входят в роль спасателя под сильным давлением травматического переноса и контрпереноса. Терапевт может чувствовать себя обязанным увеличить продолжительность терапевтических сеансов или допустить частые контакты между ними. Он может начать отвечать на звонки поздним вечером и ночью, по выходным или даже в отпуске. Эти экстраординарные меры редко приводят к улучшению. Напротив, чем более беспомощным, зависимым и некомпетентным чувствует себя пациент, тем, как правило, хуже становятся его симптомы.

Доведенные до абсурда попытки терапевта защититься от чувства беспомощности ведут к принятию позиции «уникальности» на грани бреда величия или всемогущества. Если эту тенденцию не подвергать анализу и контролю, она может сильно испортить терапевтические отношения. Всевозможные вопиющие нарушения границ, вплоть до сексуальной близости, часто оправдываются отчаянной потребностью пациента в спасе-

нии и выдающимися талантами терапевта как спасителя. Генри Кристал, работающий с жертвами холокоста, замечает, что «попытки терапевта играть в бога столь же вездесущи, сколь и патогенны»²⁷.

Психоаналитики Джон Молтсбергер и Дэн Бьюи делают похожее предостережение:

«Три наиболее распространенные нарциссические ловушки — это стремление исцелить всех, знать все и любить всех. Эти дары не более доступны современному психотерапевту, чем доктору Фаусту, и если над такими желаниями не работать... то [терапевта] постигнет фаустовское же ощущение беспомощности и упадка духа, и он ощутит соблазн решить свою дилемму, прибегая к магическим и деструктивным действиям»²⁸.

Терапевт идентифицируется не только с беспомощностью пережившего травму человека, но и с его гневом. Он может ощущать крайние проявления негодования: безотчетную ярость, фрустрацию, раздражительность — вплоть до абстрактного праведного гнева. Этот гнев может быть направлен не только на абьюзеры, но и на сторонних наблюдателей, которые ему не помешали, на коллег, которые не поняли пережившего насилие, и на общество в целом. Путем эмпатического отождествления терапевт может также осознать глубины ярости пациента и начать его бояться. Опять же, реакция контрпереноса, если ее не проанализировать, может вести к действиям, лишаящим человека власти и авторства в его жизни. В одной крайности гнев терапевта может превзойти гнев пациента, а в другой терапевт относится к гневу пациента с излишним почтением. Случай Келли, чье детство было омрачено жестоким обращением, иллюстрирует ошибочность позиции умиротворяющего потворства в отношении пациентки:

«Келли, 40-летняя женщина с долгой историей бурных отношений и безуспешной психотерапии, предприняла новую попытку терапии с целью “изгнать из себя гнев”. Она убедила терапевта, что лишь безусловное принятие ее гнева может помочь ей развить доверие. Сеанс за сеансом Келли оскорбляла своего терапевта, запугав ее так, что та была не способна установить границы. В результате Келли не только не прониклась к ней доверием, но и начала оценивать ее как посредственную и некомпетентную специалистку. Она жаловалась, что терапевт — копия ее матери, которая беспомощно терпела жестокость отца в отношении семьи».

Терапевт также отождествляет себя с пациентом через ощущение глубокой скорби. Ему может казаться, что он сам погружен в траур. Леонард Шенгольд говорит о *via dolorosa* — пути скорби — в терапии выживших²⁹. Терапевты, работающие с пережившими холокост, часто упоминают о том, что их «охватывает тоска» или что они «погружаются в отчаяние»³⁰. Если терапевт не получит адекватной поддержки, чтобы вынести эту скорбь, он не сможет выполнять свое обещание быть свидетелем и эмоционально самоустранится из терапевтического альянса.

Психиатр Ричард Моллика рассказывает, как сотрудники клиники для беженцев из Индокитая «заражались» отчаянием пациентов:

«В первый год главной задачей было совладать с чувством безнадежности наших пациентов. Мы выяснили, что это чувство крайне заразно».

Ситуация выправилась, когда сотрудники клиники осознали, что истории пациентов вызывают у них эмоциональную перегрузку:

«По мере того как углублялся наш опыт, между нами и нашими пациентами начало развиваться естественное чувство привязанности, одобренное юмором. Похоронная атмосфера была наконец разрушена — не только после того, как мы увидели, что часть наших пациентов начала восстанавливаться, но и в результате понимания, что от многих мы заражались безнадежностью»³¹.

Эмоциональное отождествление с переживанием жертвы не единственное проявление травматического контрпереноса у терапевта. В своей роли свидетеля помогающий специалист оказывается вовлечен в конфликт между ней и абьюзером. Он постепенно идентифицируется не только с чувствами пострадавшей, но и с чувствами преступника. В то время как эмоции отождествления с жертвой могут быть крайне болезненными для терапевта, идентификация с преступником — куда более пугающее ощущение, поскольку представляет собой серьезное испытание для его идентичности равнодушного человека.

Социальный работник Сара Хейли рассказывает о своей работе с ветеранами войн:

«Первая задача терапевта — противостоять собственным садистским чувствам, причем не только в отношении пациента, но и в плане собственного потенциала. Терапевт должен быть способен вообразить возможность того, что под действием крайнего физического и психического стресса или в атмосфере вседозволенности и подстрекательства он тоже вполне может совершить убийство»³².

Идентификация с преступником способна принимать разные формы. Терапевт может поймать себя на том, что история пациента вызывает у него крайний скептицизм, может начать минимизировать или оправдывать насилие. Поведение человека, которому он оказывает психологическую помощь, может вызывать в нем чувства неприятия и отвращения. Он может крайне нетерпимо и критично относиться к пациенту, если тот не оправдывает его представления о том, как должна вести себя «правильная» жертва. Он может возмущаться беспомощностью пациента, презирать его за нее или поддаться параноидальному страху перед мстительной яростью. У него могут случаться моменты откровенной ненависти и желания избавиться от пациента. Наконец, терапевт может испытывать вуайеристский интерес, увлеченность и даже сексуальное возбуждение. Сексуализированный контрперенос — частое явление, особенно у терапевтов-мужчин, работающих с пациентками, которые подверглись сексуальному насилию³³.

Кристал отмечает, что встреча с травмированным пациентом вынуждает терапевтов примиряться со своей собственной способностью ко злу:

«То, чего мы не можем признать в себе, нам приходится отвергать и в других. Таким образом, дружелюбное, сострадательное отношение, которое человек считает наиболее полезным, может быть вытеснено гневом, отвращением, презрением, жалостью или стыдом. Терапевт, который вымещает свой гнев... демонстрирует этим симптом собственных трудностей, то же следует сказать и о терапевте, страдающем от депрессии, или том, кто начинает слишком оправдывать пациента или соблазнять его. Сказанное мною, разумеется, общеизвестно, но мы должны особенно бдительно относиться к этой проблеме, работая с людьми, пережившими тяжелый травмирующий опыт. ...в силу необыкновенно сильного воздействия историй их жизни»³⁴.

Наконец, эмоциональные реакции терапевта включают не только те, что возникают в результате отождествления с жертвой и преступником, но и относящиеся исключительно к роли стороннего наблюдателя. Самая сильная и универсальная из них — «вина свидетеля», реакция, сходная с «виной выжившего» у пациентов. К примеру, у терапевтов, которые работают с жертвами холокоста, чувство вины — наиболее частая реакция контрпереноса³⁵. Терапевт может чувствовать себя виноватым в связи с тем фактом, что он избавлен от страданий, которые пришлось вынести пациенту. Как следствие, он может утратить способность наслаждаться простыми радостями и удовольствиями собственной жизни. Вдобавок

к этому собственные поступки могут казаться ему ошибочными или неадекватными. Он может сурово осуждать себя за недостаточное терапевтическое рвение или слабую приверженность социальным обязательствам и думать, что лишь беспредельная преданность может компенсировать его недостатки.

Если упустить из виду комплекс «вины свидетеля» и не принять меры по его сдерживанию, терапевт рискует начать игнорировать собственные законные интересы. Он может принимать слишком большую личную ответственность за жизнь пациента, таким образом снова покровительствуя ему и делая его беспомощным. В своей рабочей среде он может также брать на себя избыточную ответственность — с сопутствующим риском итогового выгорания.

Терапевт может также чувствовать себя виноватым в том, что заставляет пациента заново переживать боль травмы в процессе терапии. Психиатр Юджин Блисс уподобляет лечение пациентов с расстройством множественной личности «проведению хирургической операции без анестезии»³⁶. В результате терапевт может уклоняться от исследования травмы, даже когда переживший ее человек к нему готов.

Дополнительные осложнения контрпереноса следует ожидать в работе с пациентами, у которых диагностирован комплексный посттравматический синдром. Терапевт, особенно имея дело с людьми, пережившими длительное повторяющееся насилие в детстве, может поначалу больше реагировать на искаженный стиль общения пациента, чем на саму травму. Действительно, истоки нарушений, кроющиеся в насилии, пережитом в детстве, могут ускользать от сознания травмированного человека — и слишком часто ускользают от внимания терапевта тоже. Традиционная литература о пограничном расстройстве личности содержит некоторые примеры наиболее тонкого анализа этого сложного контрпереноса.

Симптомы пациента одновременно и привлекают внимание к существованию невыразимой тайны, и отвлекают от нее. Первое подозрение о возможном существовании травмы часто опирается на реакции контрпереноса у терапевта. В связи с симптомами пациента терапевт ощущает внутреннюю растерянность подвергающегося насилию ребенка. Быстрые смены когнитивных состояний пациента способны вызывать у терапевта ощущение нереальности происходящего. Джин Гудвин описывает контрпереносное чувство «экзистенциальной паники» при работе с людьми, пережившими насилие в детстве³⁷.

Терапевты часто сообщают о пугающих, причудливых или абсурдных снах, образах и фантазиях, посещающих их во время работы с такими

пациентами. У них самих могут проявляться необычные диссоциативные переживания, включающие не только психическое онемение и искажения восприятия, но и деперсонализацию, дереализацию и переживания пассивного влияния. Временами терапевт может диссоциировать заодно с пациентом, как было в случае сбежавшей из дома 16-летней Триши с подозревавшейся, но не раскрытой историей масштабного насилия в детстве:

«Во время первого сеанса с Тришей терапевт внезапно поймала себя на ощущении выхода из собственного тела. Ей казалось, что она смотрит на себя и Тришу из некой точки на потолке. Никогда прежде она не испытывала такого чувства. Она незаметно впилась ногтями в ладони и вжала подошвы туфель в пол, чтобы почувствовать себя “заземленной”».

Терапевта также могут приводить в полное недоумение быстрые смены настроения или стиля общения пациента. Психоаналитик Гарольд Сирлс отмечает, что терапевт может ощущать странное и нелепое сочетание эмоциональных реакций на пациента, его может тяготить ощущение постоянного тревожного ожидания³⁸. Это беспокойство на самом деле отражает состояние постоянного страха жертвы перед своенравным, непредсказуемым абьюзером. Воспроизведение динамики жертвы и преступника в терапевтических отношениях может крайне усложняться. Иногда терапевт в итоге чувствует себя жертвой пациента. Терапевты часто жалуются на то, что им угрожают, ими манипулируют, их эксплуатируют или дурачат. Один терапевт, столкнувшись с непрерывными угрозами пациента покончить с собой, описывал это ощущение словами «словно мне к виску приставили пистолет»³⁹.

По словам Кернберга, задача терапевта — «определить действующих лиц» во внутреннем мире пациента с пограничным расстройством, используя контрперенос как руководство к пониманию опыта пациента. В числе характерных пар «актеров», которые могут фигурировать во внутреннем мире пациента: «плохой ребенок» и «карающий садист-родитель», «нежеланный ребенок» и «холодный, поглощенный собой родитель», «дефективный, никчемный ребенок» и «полный презрения родитель», «подвергающаяся насилию жертва» и «жестокий атакующий садист», а также «жертва сексуального насилия» и «насильник»⁴⁰.

Хотя Кернберг понимает этих «актеров» как искаженные, фантазийные репрезентации опыта пациента, вероятнее всего, они точно отражают контекст отношений, в котором травмированный ребенок жил

в детстве. Быстрые, непонятные колебания в контрпереносе терапевта копируют такие же колебания в переносе пациента; и те, и другие отражают воздействие травмирующего опыта.

Реакции травматического переноса и контрпереноса неизбежны. И так же неизбежно эти реакции мешают развитию хороших рабочих отношений. Принятие определенных защитных мер необходимо для безопасности обоих участников. Две самые важные гарантии безопасности — это цели, правила и границы терапевтического контракта и система поддержки терапевта.

Терапевтический контракт

Альянс терапевта и пациента складывается в процессе общей работы. Работа терапии — это и труд любви и приверженности к сотрудничеству. Хотя терапевтический альянс поддерживает общие принципы деловых переговоров по поводу контрактов, это не простая сделка. И хотя он сопряжен со всеми чувствами, свойственными обычным человеческим привязанностям, это не любовная связь и не отношения родителя и ребенка. Это отношения экзистенциального сотрудничества, в которых оба партнера посвящают себя решению задачи восстановления.

Эти обязательства принимают форму терапевтического контракта. Условия этого контракта — это те условия, которые требуются для развития рабочего альянса. Обе стороны несут ответственность за отношения. Некоторые задачи являются общими и для пациента, и для терапевта, например строгое соблюдение расписания встреч. Другие задачи различны и дополняют друг друга: терапевт предлагает свои знания и навыки, в то время как пациент вносит плату за лечение; терапевт обещает конфиденциальность, а пациент соглашается на самораскрытие; терапевт обещает слушать и быть свидетелем, а пациент обещает говорить правду. Терапевт должен обсудить с пациентом условия терапевтического контракта ясно, открыто и во всех деталях.

С самого начала терапевту следует всячески подчеркивать важность правдивости и самораскрытия, поскольку у пациента, вероятнее всего, немало тайн, включая и тайны от самого себя. Терапевт должен ясно дать понять, что правда — цель, к которой важно стремиться постоянно, и что, хотя поначалу этой цели трудно достичь, с течением времени она будет становиться все более осуществимой. Пациенты обычно хорошо понимают фундаментальную важность приверженности намерению говорить правду. Одна выжившая дает совет терапевтам:

«Давайте правде звучать. Не участвуйте в заговоре молчания. Когда они [пациенты] четко это поймут, не позволяйте им расслабляться. Это все равно что быть хорошим тренером. Заставляйте их бежать и показывать свое лучшее время. Отдыхать в уместные для этого моменты — нормально, но всегда полезно дать людям увидеть, каков их настоящий потенциал»⁴¹.

Вдобавок к фундаментальному правилу рассказывать правду важно подчеркивать сотрудничающую природу терапевтической работы. Психолог Джессика Вулф приводит описание терапевтического контракта, который она заключает с ветеранами боевых действий:

«Наше сотрудничество четко определяется как партнерство, для того чтобы избежать повторения утраты контроля, как при травме. Мы [терапевты] — люди, которые в этом разбираются, но на самом деле они [пациенты] знают об этом намного больше, так что это двустороннее соглашение. Кое в чем мы можем давать рекомендации, где-то служим проводниками».

Теренс Кин добавляет собственную метафору к основным правилам и целям терапевтических отношений:

«Начиная работать, я ощущал себя тренером. Дело в том, что у меня есть опыт игры в баскетбол, и я просто почувствовал: я — тренер, а это игра, и вот как надо в нее играть, и вот как надо действовать, и наша цель — победить. Я не говорю об этом пациентам, но у меня самого ощущение вот такое»⁴².

Пациент приходит в терапевтические отношения с серьезно поврежденной способностью к уместному доверию. Поскольку доверие не присутствует с самого начала терапии, и терапевт, и пациент должны быть готовы к постоянным проверкам, разрывам и восстановлению терапевтических отношений. Вовлекаясь в них, человек, переживший травмирующий опыт, неизбежно снова испытывает страстную жажду спасения, которую ощущал во время травмы. Терапевт может тоже желать, сознательно или бессознательно, компенсировать пациенту чудовищные переживания, которые он перенес. Неизбежно появляются нереалистичные ожидания — и так же неизбежно рушатся. Яростная борьба, которая следует за разочарованием, может воспроизводить изначальную ситуацию насилия, усугубляя нанесенный ею вред⁴³.

Пристальное внимание к границам терапевтических отношений обеспечивает наилучшую защиту против чрезмерных неуправляемых реакций переноса и контрпереноса⁴⁴. Надежные границы создают безопасную территорию, на которой может вестись работа по восстановлению. Терапевт соглашается быть доступным для пациента в четких, разумных и устраивающих обоих пределах. Границы терапии существуют ради блага и защиты обеих сторон и основаны на признании потребностей и терапевта, и пациента. Эти границы включают следующее: полное понимание, что терапевтический контракт исключает все прочие формы социальных отношений между их участниками; четкое определение частоты и продолжительности терапевтических сеансов; и четкие правила, регулирующие экстренные контакты вне регулярных запланированных сеансов.

Решения о границах принимаются исходя из того, способствуют ли они восстановлению у человека влияния в своей жизни и поддерживают ли хорошие рабочие отношения, а не радуют ли его или, наоборот, разочаровывают. Терапевт настаивает на четких границах не для того, чтобы контролировать, ущемлять или мучить своего собеседника. Напротив, терапевт с самого начала признает, что он — небезупречное человеческое существо со своими пределами, которому требуются определенные условия, чтобы оставаться вовлеченным в эти отношения, требующие большой эмоциональной отдачи. Как говорит об этом Патрисия Зиглер, терапевт с большим опытом работы с людьми с опытом травмы, «пациенты должны согласиться не сводить меня с ума. Я говорю им, что я тоже боюсь быть брошенной, — это общечеловеческое свойство. Я говорю, что вкладываюсь в это лечение, не брошу их сама и не хочу, чтобы они бросили меня. Я говорю им, что они должны проявлять ко мне уважение, не пугая меня до потери рассудка»⁴⁵.

Несмотря на все старания терапевта определить четкие границы, можно смело рассчитывать, что пациент найдет в них слабые места. Терапевты тоже обычно обнаруживают, что необходима известная степень гибкости; взаимно приемлемые границы создаются не по указке одной из сторон, а в результате процесса переговоров и могут со временем в какой-то мере развиваться. Одна пациентка рассказывает, как ей видится этот процесс:

«У моего психиатра есть “правила” (это он их так называет), которые я определяю как “движущиеся мишени”. Границы, которые он установил между нами, кажутся гибкими, и я часто пытаюсь продавливать и растягивать их. Иногда он сам имеет трудности с этими границами,

когда пытается найти баланс между правилами и уважением ко мне как к человеку. Глядя, как он с ними борется, я учусь бороться с границами не только между мною и им, но и между мной и всеми, с кем я имею дело в реальном мире»⁴⁶.

Некоторый отход от строгих правил психотерапии — обычное дело в практике и может оказаться очень полезным⁴⁷. В случае Лестера, 32-летнего мужчины с историей крайне жестокого насилия и пренебрежения нуждами в детстве, символическое нарушение границ усилило его способность заботиться о себе и углубило терапевтические отношения:

«Лестер принес на терапевтический сеанс камеру и попросил разрешения сфотографировать терапевта. Она почувствовала себя неловко. Хотя она не могла найти причин отказать Лестеру в его просьбе, у нее было иррациональное чувство, что ее пытаются контролировать, что на ее территорию вторгаются, словно камера “отберет у нее душу”. Она согласилась сфотографироваться при условии, что Лестер согласится рассказать, что это для него значит.

В следующие пару месяцев эта фотография стала основным объектом для углубления понимания переноса. Лестер действительно желал и «контролировать», и «вторгаться», чтобы защититься от страха быть брошенным. Владение этой фотографией позволяло ему осуществлять свои желания в фантазии, не вторгаясь в жизнь терапевта на самом деле. Он часто использовал это фото как напоминание об их отношениях, чтобы успокоиться и утешить себя в отсутствие терапевта».

В данном случае решение терапевта разрешить сделать фото было основано на эмпатическом понимании важности для пациента этой фотографии как «переходного объекта». У этого взрослого пациента «переходный объект» служил той же цели, какой он обычно служит в начале жизни, усиливая чувство безопасной привязанности через использование эмоционального напоминания. Заключение часто прибегают к использованию таких переходных объектов, чтобы усиливать свое чувство связи с людьми, которых они любят. Те, кто были «заключенными» в детстве, могут прибегнуть к такому же средству, сталкиваясь с задачей создания безопасных привязанностей впервые во взрослой жизни.

Разрешение пациенту сделать фотографию представляло собой отступление от основного правила психотерапии, которое требует выражения чувств словами, а не действиями. Но оно стало конструктивным дополне-

нием к терапии, а не соблазнительным нарушением границ, поскольку его значение было полностью исследовано. Терапевт тщательно рассмотрела фантазии пациента и свои собственные, воздействие фотографирования на терапевтический альянс и функцию фотоснимка в процессе восстановления пациента в целом. Переговоры о границах, которые обе стороны считают разумными и справедливыми, являются важнейшей частью построения терапевтического альянса. Незначительные отклонения от строгих правил психодинамической психотерапии могут быть плодотворной частью процесса переговоров — при условии, что эти отклонения подвергаются тщательному рассмотрению, а их смысл стараются понять в полной мере.

Из-за конфликта двух разных требований — гибкости и границ — терапевту следует ожидать, что он неоднократно будет чувствовать себя в неловком положении. Ему придется постоянно различать, когда лучше быть жестким, а когда податливым, — это непросто. Как начинающие, так и опытные терапевты часто чувствуют, что полагаются на интуицию или действуют методом «научного тыка». В случае сомнений терапевтам следует без колебаний обращаться за консультацией.

Система поддержки терапевта

Диалектика травмы постоянно испытывает эмоциональное равновесие терапевта. Как и пациент, он может защищаться от подавляющих чувств самоустраниением или импульсивными, интрузивными действиями. Самые распространенные формы действия — это попытки спасти, нарушения границ или старания контролировать пациента. Самые распространенные реакции избегания — сомнения в реальности, как ее видит и описывает пациент, или отрицание ее, диссоциация или психическое онемение, минимизация или избегание травматического материала, профессиональное дистанцирование или банальный отказ от пациента. Некоторая степень интрузии или притупления чувств, психического онемения, наверное, неизбежна⁴⁸. Терапевту следует рассчитывать, что пациенты будут время от времени выбивать его из колеи. Он не всемогущ. Гарантия его честности — не всемогущество, а способность доверять другим. Работа по восстановлению требует наличия надежной и безопасной системы поддержки терапевта⁴⁹.

В идеале система поддержки терапевта должна включать безопасное, структурированное и регулярное пространство для бесед, где он сможет делать обзор своей клинической работы. Это могут быть отношения с супервизором или группа поддержки, состоящая из коллег, а предпочтительно и то и другое. Обстановка должна позволять терапевту выражать

эмоциональные реакции, равно как и технические или интеллектуальные опасения, связанные с лечением пациентов с историями травмы.

К сожалению, поскольку профессии, связанные с психиатрией, имеют свою историю отрицания, многие терапевты пытаются работать с травмированными пациентами вне контекста поддержки. Терапевтам, работающим с психологической травмой, приходится бороться даже с собой, чтобы преодолеть собственное отрицание. Сталкиваясь с таким же отрицанием со стороны коллег, они часто чувствуют, что их пытаются дискредитировать и заставить замолчать, как и самих жертв.

Как говорит Джин Гудвин, «мои пациенты не всегда до конца верят даже в собственное существование, не говоря уже о моем... И все это еще усугубляется, когда коллеги-психиатры обращаются со мной и моими пациентами так, словно мы не существуем. Это делается тонко, без откровенной жестокости... Если бы это случилось только однажды, я не стала бы беспокоиться из-за того, что нас “гасят”, но это не один, а сотни, и тысячи, и сотня тысяч крохотных “стираний”»⁵⁰.

Терапевты, работающие с людьми, пережившими травмирующий опыт, неизбежно вступают в конфликт с коллегами. Некоторые специалисты обнаруживают себя втянутыми в ожесточенные дебаты о достоверности существования травматических синдромов вообще или в истории конкретного пациента. Контрпереносные реакции на травмированных пациентов часто приводят к фрагментации и поляризации: один терапевт может занимать позицию спасателя, в то время как другой может играть роль скептика, судьи или карателя. В обстановке стационара проблема раскола в рядах сотрудников или бурного конфликта, вызванная несовпадением взглядов на лечение трудного пациента, возникает часто. Почти всегда камнем преткновения оказывается история травмы. Ссоры между коллегами отражают непреднамеренное воспроизведение диалектики травмы.

Запуганные или, наоборот, разъяренные такими конфликтами, многие терапевты пациентов с травмирующим опытом предпочитают не вовлекаться в кажущиеся бесплодными дебаты, а избегать участия в них. Их практика уходит в «подполье». Разрываясь, как и их пациенты, между ортодоксией своей профессии и реальностью собственного опыта, они решают предпочесть реальность ортодоксии. Они начинают, как и их пациенты, вести тайную жизнь. Как выражается один терапевт, «мы верим своим пациентам — просто не говорим об этом супервизорам». Эти подпольные практики могут оказываться полезными, как в случае тридцатилетней Шарин. За плечами у женщины была история чрезвычайно жестокого насилия в детстве и кочевания по опекунам, многие из которых от нее отказывались:

«Шарин в отсутствие своего терапевта теряла организованность. Прямо перед тем, как ее терапевт собралась в очередной отпуск, пациентка попросила разрешения взять на время матрешку, украшавшую кабинет терапевта. Женщине казалось, что игрушка поможет ей, напоминая о непрерывной связи с терапевтом. Терапевт согласилась, но попросила Шарин: “Только никому не говорите, что я «прописала» вам игрушку: меня на смех подымут”».

В этом случае метод, избранный терапевтом, не является ошибочным. Проблема заключается в ее изоляции от коллег. Если терапевт не может найти других людей, которые поймут ее методы и будут их поддерживать, она в итоге обнаружит, что мир вокруг нее сужается, оставляя ее наедине с пациентом. У терапевта может возникнуть чувство, что только она понимает пациента, и ее отношение к скептически настроенным коллегам может стать высокомерным и враждебным. По мере нарастания ощущения изолированности и беспомощности растет соблазн предпринять серьезные действия или спастись бегством. Рано или поздно терапевт действительно начнет совершать крупные ошибки. *Никто не должен иметь дело с травмой в одиночку* — важность этого принципа переоценить невозможно. Если терапевт оказался изолирован в своей профессиональной практике, ему следует прервать работу с травмированными пациентами до тех пор, пока он не обеспечит себе адекватную систему поддержки.

Вдобавок к профессиональной поддержке терапевт должен заботиться о балансе в собственной профессиональной и личной жизни, с уважением и вниманием относясь к своим потребностям. Ежедневно имея дело с пациентами, нуждающимися в заботе, терапевт постоянно находится в зоне профессионального риска — взятия слишком большого числа обязательств. Роль профессиональной системы поддержки заключается не только в том, чтобы сосредоточиться на задачах терапии, но и в том, чтобы напоминать терапевту о реалистичных пределах его возможностей и настаивать, чтобы он так же хорошо заботился о себе, как и о других.

Решаясь работать с выжившими, терапевты берут на себя обязательство непрерывной борьбы с собой, в которой они должны полагаться на помощь других и на свои зрелые способности справляться со сложностями. Сублимация, альтруизм и юмор — спасительные дары для терапевта. Приведем слова одного сотрудника службы помощи при чрезвычайных ситуациях:

«По правде говоря, единственное, что не давало нам с друзьями сойти с ума, — это постоянные шутки и смех. И чем грубее была шутка, тем лучше»⁵¹.

Награда за вовлеченность — вкус полноценной, насыщенной жизни. Терапевты, которые работают с выжившими, говорят, что начинают больше ценить жизнь, воспринимать ее серьезнее, лучше понимать других людей и себя, а также создают новые дружеские связи и более глубокие близкие отношения, вдохновляясь ежедневными примерами мужества, решительности и надежды своих пациентов⁵². Это в особенности верно для тех, кто в результате своей работы с пациентами вовлекся в общественную деятельность. Эти терапевты сообщают об ощущении высшей цели в жизни и чувстве товарищества, которые позволяют им сохранять своего рода жизнерадостность перед лицом ужаса⁵³.

Постоянно поддерживая способность к интеграции в себе и своих пациентах, терапевты углубляют собственную честность. Как базовое доверие является достижением развития в начале жизни, так и честность является достижением развития в зрелости. Психоаналитик Эрик Эриксон обращается к словарю Уэбстера, проясняя взаимосвязь между честностью и базовым доверием:

«Доверие... определяется здесь как “возможность уверенно положиться на честность другого”... Я подозреваю, что Уэбстер имел в виду скорее бизнес, чем младенцев, скорее веру в партнера, а не веру в бога. Но формулировка от этого не меняется. Также мне представляется возможным дополнительно перефразировать отношения между взрослой честностью и младенческим доверием, говоря, что здоровые дети не будут бояться жизни, если взрослые достаточно честны, чтобы не бояться смерти»⁵⁴.

Честность — это способность утверждать ценность жизни перед лицом смерти, примириться с конечностью собственной жизни и трагическими ограничениями человеческой природы и принять эту реальность без отчаяния. Честность — это фундамент, на котором изначально формируется доверие в отношениях и на котором оно может быть восстановлено в случае разрушения. Взаимосвязь честности и доверия в терапевтических отношениях замыкает цикл поколений и воссоздает ощущение человеческой общности, разрушенное травмой.

БЕЗОПАСНОСТЬ

Восстановление разворачивается в три стадии. Центральная задача первой — создание безопасности. Центральная задача второй — вспоминание и оплакивание. Третьей — воссоединение с обычной жизнью. Как и любая абстрактная концепция, эти стадии восстановления — лишь удобное художественное описание, которое не следует воспринимать слишком буквально. Это просто попытка придать простоту и порядок процессу, внутренне бурному, нелинейному и сложному. Но одна и та же базовая концепция стадий восстановления появлялась неоднократно, начиная с классического труда Жане об истерии и заканчивая недавними описаниями работы с боевой психической травмой, диссоциативными расстройствами и расстройством множественной личности¹. Не все исследователи, проводившие наблюдения, отмечают в процессе восстановления только три стадии: некоторые различают пять, а другие — до восьми². Тем не менее все эти формулировки примерно соответствуют друг другу. Аналогичную прогрессию можно найти во всем спектре травматических синдромов (см. таблицу). Ни один процесс восстановления не проходит по этим стадиям в виде линейной последовательности. Более того, пациенты и терапевты одинаково часто падают духом, когда проблемы, считавшиеся решенными, упрямо возвращаются снова и снова. Один терапевт описывает продвижение по стадиям выздоровления как спираль, в которой предшествующие проблемы заново исследуются на более высоком уровне интеграции³. Однако в ходе успешной терапии должен хорошо наблюдаться постепенный переход от непредсказуемой опасности к надежной безопасности, от диссоциированной травмы к осознанному и признанному воспоминанию и от стигматизированной изоляции к восстановленным социальным связям.

Травматические синдромы — это сложные расстройства, требующие комплексного лечения. Поскольку травма воздействует на все аспекты

человеческой жизни, от биологических до социальных, лечение должно быть всеобъемлющим⁴. Поскольку восстановление происходит поэтапно, терапия должна принимать форму, подходящую для каждой стадии. Форма терапии, которая могла быть полезной для пациента на одном этапе, может оказаться малополезной или даже вредной для того же пациента на другом. Более того, даже своевременное терапевтическое вмешательство может не дать результата, если другие необходимые на этой стадии компоненты лечения отсутствуют. На каждой стадии восстановления комплексное лечение должно учитывать характерные биологические, психологические и социальные составляющие расстройства. Не существует единой действенной «волшебной таблетки» от травматических синдромов.

Стадии восстановления

Синдром	Стадия 1	Стадия 2	Стадия 3
Истерия (Жане, 1889)	Стабилизация, лечение, ориентированное на симптомы	Исследование травматических воспоминаний	Реинтеграция личности, реабилитация
Боевая психическая травма (Скарфилд, 1985)	Доверие, управление стрессом, информирование	Проживание травмы заново	Интеграция травмы
Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (Браун и Фромм, 1986)	Стабилизация	Интеграция воспоминаний	Развитие «я», интеграция влечений
Расстройство множественной личности (Патнэм, 1989)	Диагностика, стабилизация, коммуникация, сотрудничество	Метаболизм травмы	Завершение травмирующего опыта, освобождение от его последствий, интеграция, развитие копинговых навыков этапа после освобождения от травмы и ее последствий
Травматические расстройства (Герман, 1992)	Безопасность	Вспоминание и оплакивание	Восстановление связей

Именование проблемы

Невозможно подойти правильно к лечению травматических расстройств, если не уметь их диагностировать. Первая задача терапевта — провести тщательную, основанную на осведомленности о психологической травме и ее последствиях диагностическую оценку, полностью осознавая, в какое множество личин может рядиться травматическое расстройство. У пациентов с острой травмой диагноз обычно не вызывает сомнений. В этих ситуациях четкая, подробная информация, касающаяся посттравматических реакций, бывает бесценна для пациента, его родственников и друзей. Если человек готов к симптомам перевозбуждения, интрузии и онемения, он намного меньше испугается, когда они проявятся. Если он и его близкие готовы к разладу в отношениях, наступающему после травмирующего опыта, они будут гораздо более терпимы к возникающим сложностям и воспримут как нормальный ход событий.

Более того, если пациенту дать советы насчет возможных копинг-стратегий и предупредить о распространенных ошибках, его чувство компетентности и эффективности немедленно усилится. Работа с людьми, пережившими недавнюю острую травму, дает терапевтам превосходную возможность осуществления эффективного профилактического просвещения.

У людей, перенесших длительную повторяющуюся травму, вопрос диагноза далеко не так ясен. При комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве часто встречаются замаскированные проявления травмы. Вначале пациент может жаловаться только на физические симптомы, хроническую бессонницу, тревожность, не поддающуюся никаким методам лечения депрессию или на проблемные отношения. Часто требуется задать прямые и подробные вопросы, чтобы определить, живет ли человек в настоящее время в страхе перед чьей-то жестокостью или жил в таком страхе какое-то время в прошлом. Традиционно эти вопросы не задаются. А им следовало бы быть обязательной частью любой диагностической оценки.

Если человек подвергался длительному насилию в детстве, задача постановки диагноза еще более усложняется. Пациент может не полностью помнить свою травматическую историю и вначале отрицать ее наличие даже при тщательных и прямых расспросах. Чаще он вспоминает как минимум некоторую ее часть, но не проводит никакой связи между насилием в прошлом и своими психологическими проблемами в настоящем. Труднее всего поставить четкий диагноз в случаях диссоциативного расстройства. В среднем между первым контактом пациента с системой

психиатрии и точным диагностированием расстройства множественной личности проходит шесть лет⁵. В таких случаях обе стороны терапевтических отношений могут «сговориться» «не замечать» этого диагноза: терапевт — по незнанию или отрицанию, а пациент — из стыда или страха. Хотя небольшое число пациентов с расстройством множественной личности как будто бы даже наслаждается и бравирует драматичностью своего состояния, большинство стремится скрыть свои симптомы. Даже после того, как клиницист пришел к предварительным диагностическим выводам, пациенты нередко отвергают диагноз «расстройство множественной личности»⁶.

Если терапевт полагает, что человек страдает травматическим синдромом, ему следует донести эту информацию до пациента во всей полноте. Знание — сила. Травмированный человек часто испытывает облегчение, просто узнав об истинной природе своего состояния. Подтвердив свой диагноз, он начинает процесс овладения властью над ним. Больше не запертый в темнице бессловесной травмы, он обнаруживает, что для его опыта существует свой особый язык. Он узнает, что не одинок; другие люди переносили травму сходным образом. Далее он узнает, что не является сумасшедшим: травматические синдромы — нормальная человеческая реакция на экстремальные обстоятельства. И, наконец, он узнает, что не обречен страдать от этого состояния вечно: он может рассчитывать на восстановление, как восстановились другие.

Огромная важность предоставления информации непосредственно после травмы подтверждается опытом коллектива норвежских психологов, которые принимали участие в спасательной миссии после одной катастрофы в море. Команда психологов кратко проконсультировала людей, спасенных с опрокинувшейся нефтяной платформы, после эвакуации, а затем раздала им небольшие, на одну страничку, памятки о посттравматическом стрессовом расстройстве. Помимо перечисления самых распространенных симптомов, памятка давала две практические рекомендации. Во-первых, людям советовали, вопреки предсказуемому соблазну уйти в себя, разговаривать с другими об их опыте, а во-вторых, избегать употребления алкоголя в попытке контролировать свои симптомы. Через год после катастрофы с выжившими провели повторное собеседование. Многие из этих мужчин продолжали носить в своих бумажниках памятки, розданные при спасении, уже изрядно потерянные от частого перечитывания⁷.

При терапии с людьми, пережившими длительную множественную травму, особенно важно озвучить название «комплексное посттравматическое расстройство» и объяснить личностные деформации, которые возникают в условиях лишения свободы, пленения.

В то время как пациенты с простым посттравматическим стрессовым расстройством боятся потерять рассудок, пациенты с комплексным расстройством часто чувствуют, что потеряли себя. Вопрос о том, что с ними не так, часто безнадежно запутывается и осложняется моральными суждениями. Концептуальная рамка, в которой проблемы пациента с идентичностью и отношениями и история травмы связаны, обеспечивает хорошую основу для формирования терапевтического альянса⁸. Эта рамка одновременно признает вредоносную природу насилия и предлагает разумное объяснение устойчивых трудностей пациента.

Хотя многие люди с облегчением узнают, что у их страданий есть свое имя, некоторые не соглашаются с диагнозом «посттравматическое расстройство». Они могут ощущать стигматизацию в любом психиатрическом диагнозе или стремиться отрицать свое состояние из чувства гордости. Некоторые люди верят, что признание нанесенного им психологического ущерба как бы присуждает моральную победу преступнику — в большей мере, чем способно признание физического вреда. Признание потребности в помощи может также усугублять чувство своего поражения. Терапевты Ингер Аггер и Сорен Йенсен, работающие с политическими беженцами, описывают случай К., пережившего пытки человека с тяжелыми посттравматическими симптомами, который с несгибаемым упорством утверждал, что у него нет никаких психологических проблем.

«К. ... не понимал, зачем ему нужно беседовать с психотерапевтом. Его проблемы были медицинскими: он не мог спать по ночам из-за боли в голених и ступнях. Терапевт стала расспрашивать его... о политических взглядах, и К. рассказал ей, что он был марксистом и что он читал о Фрейде и не верит во всю эту чушь: каким образом его боль могут прогнать беседы с терапевтом?»

В итоге этот пациент согласился поведать терапевту свою историю — не для того, чтобы помочь самому себе, а ради продолжения своей политической деятельности. Хотя в процессе своего рассказа он ощутил существенное облегчение симптомов, К. так и не признал ни своего диагноза, ни потребности в лечении:

«К. сказал, что хочет дать свидетельские показания, но при этом пожелал узнать, почему терапевт готова помочь ему это сделать. Терапевт ответила, что считает это важной частью своей работы, поскольку собирает информацию о том, что происходит в тюрьмах в его стране.

Она также объяснила, что, судя по ее опыту, людям, перенесшим пытки и страдающим кошмарными снами о пытках, становится легче, когда они рассказывают другим, что с ними случилось. Тогда К. занял такую позицию: “Ладно, если я смогу использовать терапевта в собственных целях, так и быть, — но это не имеет ничего общего с терапией”⁹.

Часто необходимо переформулировать акт принятия помощи от терапевта как акт мужества. Признание своего состояния и принятие мер к его изменению становятся признаками силы, а не слабости; инициативы, а не пассивности. Принятие мер, способствующих исцелению, не только не присуждает победу преступнику, но и возвращает власть выжившим. Возможно, терапевту придется полно и подробно изложить такое видение, чтобы развеять чувства стыда и поражения, не дающие пережившему травмирующий опыт человеку согласиться со своим диагнозом и обратиться за терапевтической помощью.

Восстановление контроля

Травма крадет у жертвы чувства власти и контроля; главный принцип восстановления — их вернуть. Первая задача восстановления — создать для выживших безопасные условия. Эта задача предшествует всем другим потому, что никакая другая терапевтическая работа не может быть успешной, если не будет обеспечена безопасность. Никакая другая терапевтическая работа не должна даже начинаться, пока не будет достигнута разумная степень безопасности. Эта начальная стадия может длиться от нескольких дней до пары недель для однократно травмированных людей, а тем, кто пережил или переживает хроническое насилие, на это могут понадобиться месяцы и годы. Работа на этой первой стадии восстановления усложняется пропорционально тому, насколько тяжелым и продолжительным было насилие и как рано оно началось.

Выжившие не чувствуют себя в безопасности в собственном теле. Им кажется, что их эмоции и мысли им неподвластны. Они не чувствуют себя в безопасности и в отношениях с другими людьми. Психотерапевтические стратегии должны заняться вопросами безопасности пациента во всех этих сферах. *Физионевроз* посттравматического стрессового расстройства можно модифицировать физическими стратегиями. Они включают применение лекарственных средств для снижения реактивности и перевозбуждения и применение поведенческих техник (например, релаксации или интенсивных физических упражнений) для управления

стрессом. Со спутанностью сознания, сопровождающей это расстройство, можно бороться когнитивными и поведенческими стратегиями.

В их число входят распознавание и именование симптомов, ежедневное ведение дневника, в котором отмечаются симптомы и адаптивные реакции, назначение посильных «домашних заданий» и развитие конкретных стратегий обеспечения безопасности. При разрушении привязанностей в результате расстройства следует использовать межличностные стратегии, в их числе — постепенное развитие доверительных отношений с психотерапевтом. Наконец, социальное отчуждение, характерное для этого расстройства, должно преодолеваться с помощью социальных стратегий. В их числе мобилизация естественных систем поддержки человека, например родственников, близких и друзей, и его ознакомление с группами самопомощи; а часто в качестве последнего средства выступает обращение к учреждениям психического здоровья, институтам социального обеспечения и правовой системы.

Создание безопасности начинается с фокуса на контроле над телом и постепенно переходит вовне, к контролю над средой. Проблемы телесной неприкосновенности включают внимание к базовым нуждам здоровья, регулированию телесных функций, таких как сон, прием пищи и физические упражнения, управление посттравматическими симптомами и контроль над саморазрушительным поведением. Проблемы среды включают установление безопасных условий жизни, финансовой защищенности, мобильности, а также составление плана самозащиты, который охватывает весь спектр явлений повседневной жизни человека. Поскольку никто не может создать безопасную среду в одиночку, задача по составлению плана безопасности всегда включает какой-то компонент социальной поддержки.

В случае единичной недавней острой травмы контроль над телом начинается с медицинского внимания к физическим повреждениям, от которых, возможно, страдает выжившая. Принцип уважения к автономии пациентки с самого начала имеет огромную важность даже при обычном медосмотре и лечении физических травм. Врач неотложной помощи так описывает важнейшие черты лечения жертв изнасилования:

«Самое важное при медицинском осмотре человека, перенесшего сексуальное насилие, — не воспроизвести изнасилование. Главное правило медицины — прежде всего не навреди. Если отвлеченно взглянуть на то, что делает врач с женщиной вскоре после нападения при минимальной доле пассивного согласия с ее стороны, мы увидим следующее: незнакомый человек совершает очень быстрый близкий контакт

и вводит инструмент во влагалище, причем жертва почти не участвует в принятии решений. Эта символика создает условия повторного психологического изнасилования.

Поэтому, проводя обследование, я трачу много времени на подготовку выжившей; на каждом шаге этого пути я стараюсь вернуть ей контроль. Я могу сказать: “Мы хотели бы сделать то-то, а как нам это сделать, решать вам” — и сообщить большое количество информации, основная часть которой, уверена, никогда не запоминается; но все же это воспринимается как забота с нашей стороны. Я стараюсь создать условия, чтобы пережившая изнасилование в максимально возможной степени стала активной участницей происходящего»¹⁰.

После предоставления первичной медицинской помощи контроль над телом фокусируется на восстановлении биологических ритмов питания и сна и снижении перевозбуждения и интрузивных симптомов. Если у выживших есть резко выраженные симптомы, следует рассмотреть вопрос применения медикаментов. Хотя исследования фармакологического лечения посттравматического стрессового расстройства пока пребывают в зачаточном состоянии, несколько классов лекарств показали себя достаточно многообещающе, чтобы рекомендовать клиническое применение. В исследовании с участием ветеранов войн ряд антидепрессантов давал умеренный эффект в облегчении не только депрессии, но и интрузивных симптомов и перевозбуждения. Более новые категории антидепрессантов, которые главным образом воздействуют на серотониновую систему в головном мозге, также кажутся довольно перспективными¹¹.

Некоторые клиницисты рекомендуют лекарственные средства, которые блокируют действие симпатической нервной системы (например, пропранолол), или лекарства, угнетающие эмоциональную реактивность (например, литий), с целью снизить возбуждение и раздражительность. Вероятно, наиболее часто прописываемыми средствами при посттравматическом стрессовом расстройстве (а также при множестве других проблемных состояний) являются мягкие транквилизаторы, такие как бензодиазепины. Они эффективны при кратковременном применении непосредственно после травмирующего события, хотя и сопряжены с некоторым риском привыкания и формирования зависимости¹².

Информированное согласие пациентов (или его отсутствие) может иметь такой же вклад в результат лечения, как и само лекарство. Если просто дать указание пациентам принимать конкретный препарат для подавления симптомов, этим терапевт снова переместит их в положение

ние подчиненных, лишенных власти и авторства в своей жизни. Если же, напротив, лекарство предлагается им как инструмент, который можно использовать, опираясь на собственные понимание и оценку своего состояния, это может значительно усилить их чувство дееспособности, эффективности и контроля над своей жизнью. Предложение медикаментозного лечения в такой форме также помогает выстроить терапевтический альянс, основанный на сотрудничестве.

Создание безопасной среды

От восстановления контроля над телом фокус усилий по обеспечению безопасности переходит к восстановлению контроля над средой. Сильно травмированный человек нуждается в убежище. Поиск и обеспечение этого убежища — первоочередная задача кризисного вмешательства. В первые дни или недели после травмы у выжившей может возникнуть желание не выходить из дома. Но возможен и другой вариант, когда она вообще не может вернуться домой. Если травму нанес член семьи, дом может быть самым небезопасным местом из всех возможных. Кризисное вмешательство может требовать организацию незамедлительного побега в приют. Когда выжившей обеспечено убежище, она может начать постепенно возвращаться во внешний мир. На возобновление таких обычных занятий, как вождение автомобиля, совершение покупок в магазинах, общение с друзьями или работа, могут потребоваться недели. Каждая новая обстановка должна быть исследована и оценена на предмет безопасности и потенциальных рисков.

Отношения выжившей с другими людьми, когда она пытается восстановить чувство безопасности, обычно колеблются между крайностями. Она может стремиться постоянно находиться рядом с людьми или, наоборот, полностью самоизолироваться. Вообще говоря, пациентку следует поощрять обращаться к другим за поддержкой, но необходимо принять существенные меры, чтобы она гарантированно выбирала людей, которым можно доверять. Родственники, возлюбленные и близкие друзья могут оказать огромную помощь; но они же могут помешать восстановлению или даже сами представлять опасность. Первоначальный сбор информации и оценка травмы и ее последствий включает тщательное исследование окружения выжившей, ее самых важных отношений, определение потенциала каждого как источника защиты, эмоциональной поддержки или практической помощи, а также его потенциала как источника опасности.

В случаях недавней острой травмы кризисное вмешательство часто включает встречи с членами семьи, поддерживающими человека. Решение о том, устраивать ли такие встречи, кого приглашать и какого рода информацией делиться, в конечном счете принимает выжившая. Важно прояснить, что цель этих встреч — способствовать восстановлению самой пострадавшей, а не семейная терапия с ее родственниками или психологическая помощь им. Однако небольшой профилактический экскурс о посттравматических расстройствах может оказаться полезным для всех заинтересованных сторон. Члены семьи не только обретают большее понимание своей роли в поддержке выжившей, но и узнают, как справляться с собственной опосредованной виктимизацией¹³.

Родственники и друзья, которые решаются участвовать в системе обеспечения безопасности выжившей, должны учитывать, что на какое-то время нормальное течение их жизни будет нарушено. Воможно, им придется обеспечивать круглосуточную поддержку в решении простейших задач повседневной жизни.

Предупреждение о триггерах последствия изнасилования

Пережившая изнасилование Нэнси Зигенмайер полагалась на своего мужа Стива, который обеспечивал ей чувство безопасности после нападения: «Прошло всего шесть недель после того, как какой-то мужчина ворвался в ее машину на парковке в Де-Мойне и изнасиловал ее. Насильник сел в тюрьму, но образ его лица по-прежнему появлялся перед ней каждый раз, стоило ей закрыть глаза. Она все время была нервной и дерганой. Пугалась, когда друзья обнимали ее или прикасались к ней. Лишь немногие знали о ее трагедии... Тяжелее всего было по ночам. Стоило ей задремать, как Стиву приходилось будить ее от кошмарного сна, потому что она начинала размахивать кулаками. Она боялась вставать по ночам, чтобы сходить в туалет, поэтому просила Стива сопровождать ее. Он стал ее силой, ее опорой»¹⁴.

Во время такого кризиса часто всплывают на поверхность скрытые проблемы в семейных отношениях. В то время как кризисное вмешательство призвано сосредоточиться на оказании помощи выжившей и ее семье в попытках справиться с самой травмой, иногда этот кризис вынуждает семью разбираться с проблемами, которые прежде отрицались либо игнорировались. В случае Дэна, 23-летнего гея, семейное равновесие нарушилось после травмирующего события:

«Дэна жестоко избил компания гомофобов возле бара. Когда он был госпитализирован, родители прилетели в город, чтобы навестить сына в больнице. Дэн был в ужасе от того, что они могут узнать его тайну, которую он прежде не открывал. Поначалу он сказал им, что его избили при попытке ограбления. Мать сочувствовала ему; отец был возмущен и хотел заявить в полицию. Родители забросали Дэна вопросами о нападении. Дэн чувствовал себя беспомощным и загнанным в ловушку, ему становилось все труднее и труднее поддерживать свою вымышленную историю. Его симптомы усугубились, он становился все более тревожным и взволнованным и в конце концов перестал сотрудничать с врачами. Ему была рекомендована консультация со специалистом по психическому здоровью.

Консультирующий терапевт, признавая существование для Дэна дилеммы, рассмотрел с ним причины его скрытности. Дэн боялся бешеного темперамента и гомофобных предрассудков отца. Он был уверен, что тот откажется от него, если он признается. Более тщательное изучение ситуации показало, что мать Дэна почти наверняка знала и молча принимала тот факт, что он гей. Однако Дэн боялся, что в случае прямой конфронтации она примет сторону мужа, как делала всегда.

Терапевт предложил выступить посредником на встрече между матерью и сыном. Встреча подтвердила часть предположений Дэна: его мать давно знала, что он гей, и с радостью восприняла его откровенность. Она признала, что отцу Дэна будет трудно принять эту реальность. Она также признала за собой привычку задабривать мужа и использовать юмор, вместо того чтобы ставить его перед неприятными фактами. Однако женщина сказала Дэну, что он серьезно недооценивает ее, если полагает, что она разорвет их отношения или позволит сделать это мужу. Более того, она полагала, что Дэн недооценивает и отца. Пусть у него есть свои предубеждения, но он не принадлежит к одной категории с преступниками, избившими Дэна. Она выразила надежду, что нападение сплотит их семью и что, когда настанет подходящий момент, Дэн подумает о том, чтобы открыться отцу. После этой встречи родители Дэна перестали расспрашивать его об обстоятельствах нападения и сосредоточились на оказании ему помощи в практических аспектах выздоровления».

Создание безопасной среды требует не только мобилизации равнодушных людей, но и организации плана защиты на будущее. Пережившим травму людям предстоит оценить степень сохранения угрозы и решить, какого рода меры предосторожности необходимы. Они должны также решить, какие действия необходимо предпринять против преступника.

Поскольку лучший способ действия редко бывает очевиден сразу, решение этих вопросов может быть особенно напряженным процессом для выживших и тех, кто о них заботится. Выжившие могут испытывать потерянность и нерешительность и обнаружить, что их нерешительность отражается в противоречивых мнениях родных и близких. Главный принцип возвращения чувства авторства в своей жизни и власти над ней здесь часто нарушается другими людьми, пытающимися диктовать выжившим свои решения или предпринимать шаги без их согласия.

Случай 15-летней Джанет, пережившей изнасилование, иллюстрирует, как реакция родственников усугубила воздействие травмы:

«Джанет подверглась групповому изнасилованию на вечеринке, проводившейся без присутствия взрослых. Преступниками были старшие подростки из ее школы. После изнасилования ее семья перессорилась из-за вопроса о том, следует ли выдвигать уголовные обвинения. Родители решительно возражали против подачи заявления о преступлении, потому что боялись, что огласка повредит репутации семьи в их небольшом городке. Они оказывали на девушку давление, веля забыть этот инцидент и как можно скорее «прийти в норму». Однако старшая сестра Джанет, которая была замужем и жила в другом городе, решительно настаивала на том, что насильников надлежит «посадить». Она пригласила сестру жить к себе, но только при условии, что та выдвинет обвинения. Оказавшись между двух огней, Джанет последовательно отказывалась от частей своей жизни. Она перестала общаться с подругами, часто пропускала занятия в школе и все больше времени проводила в постели, жалуясь на боли в животе. По ночам она часто приходила спать в постель к матери. Наконец, после того как дочь совершила суицидальный жест, приняв большую дозу аспирина, родители обратились за помощью.

Вначале терапевт встретилась с Джанет. Она удостоверилась, что Джанет до ужаса боится ходить в школу, где ее репутация была уничтожена и ей приходилось сталкиваться с постоянными угрозами и насмешками насильников. Она, как и сестра, жаждала увидеть, как насильников накажут, но ей было слишком страшно и стыдно рассказывать свою историю полиции или давать показания в суде. Затем терапевт встретилась с родителями и объяснила важность возвращения жертве права выбора. Родители согласились позволить Джанет переехать к сестре, которая, в свою очередь, согласилась не давить на Джанет, требуя, чтобы та сообщила о преступлении. Состояние Джанет постепенно улучшалось с тех пор, как ей позволили выбрать для себя среду, которая казалась ей безопасной».

В вопросе заявления о преступлении, как и во всех остальных вопросах, выбор должен оставаться за выжившей. В идеале решение обратиться в полицию открывает путь к социальной компенсации. Однако в реальности оно сталкивает пострадавшую с правовой системой, которая может отнестись к ней безразлично или враждебно. Даже при самом благоприятном сценарии выжившей сложно рассчитывать на то, что судебная система будет подстраивать свой режим работы под процесс ее восстановления. Ее усилия, направленные на возвращение чувства безопасности, вероятнее всего, будут подорваны вторжением юридических процедур; суд, назначенный как раз тогда, когда ее жизнь только начинает стабилизироваться, вероятно, оживит интрузивные травматические симптомы. Поэтому решение искать справедливости в правовой системе не может приниматься впопыхах. Оно должно быть взвешенным. Пережившие травмирующий опыт должны полностью представлять себе как выгоды, так и риски такого решения, иначе они просто будут травмированы повторно.

У переживших единичную острую травму базовое чувство безопасности, как правило, можно восстановить за несколько недель при наличии адекватной социальной поддержки. К концу третьего месяца обычно можно рассчитывать на стабилизацию симптомов¹⁵. Краткосрочная терапия, направленная на восстановление авторской позиции в своей жизни и ощущения власти над ней, может ускорить облегчение симптомов¹⁶. Однако процесс создания безопасности может затормозиться или полностью прекратиться, если выжившая сталкивается с враждебной или безразличной, не обеспечивающей защиту средой. Процесс может нарушаться и вмешательствами, неподконтрольными выжившей, например юридическими процедурами. Тем не менее можно рассчитывать, что терапевтическая задача первой стадии восстановления может быть решена в рамках общей схемы кризисного вмешательства или краткосрочной психотерапии¹⁷.

Стандартный подход к лечению острой травмы у ветеранов войн или людей, переживших изнасилование, почти полностью сосредоточивается на кризисном вмешательстве. Военная модель кратковременного лечения и быстрого возвращения к нормальному функционированию доминирует в терапевтической литературе. Одна из типичных армейских программ рассчитана на то, чтобы вернуть в строй солдата, демонстрирующего стрессовые реакции на боевые действия, не позднее чем через 72 часа¹⁸. В этих случаях часто исходят из предпосылки, что лечение завершено, когда ослабевают наиболее очевидные острые симптомы пациента. Однако кризисное вмешательство сопровождает психотерапевтическую работу

только на первой стадии восстановления. Задачи последующих стадий требуют больше времени. Хотя выживший может демонстрировать впечатляющее и быстрое возвращение к видимости нормального функционирования, стабилизацию симптомов не следует принимать за полное выздоровление, поскольку процесс интеграции травмы не завершен¹⁹.

У переживших длительную повторяющуюся травму первоначальная стадия выздоровления может затягиваться и затрудняться пропорционально тому, насколько опасен травмированный человек стал для самого себя. В числе потенциальных источников опасности — причинение вреда самому себе, пренебрежение самозащитой и патологическая зависимость от преступника. Чтобы начать заботиться о себе, выжившим необходимо полностью восстановить функции эго, которые были наиболее сильно повреждены в период неволи. Им важно заново научиться брать на себя инициативу, строить планы и выносить независимые суждения. Кризисного вмешательства или кратковременной терапии редко оказывается достаточно для восстановления безопасности; обычно требуется более длительный курс психотерапии.

Для людей, перенесших длительное хроническое насилие в детстве, создание безопасности может стать чрезвычайно сложной, небыстрой и трудоемкой задачей. Способность к заботе о себе у таких пациентов почти всегда сильно пострадала. Саморазрушительное поведение может принимать многочисленные формы, включая хроническую суицидальность, самоповреждение, расстройства пищевого поведения, злоупотребление психоактивными веществами, импульсивное совершение рискованных поступков и неоднократное вовлечение в эксплуататорские или опасные отношения. Многие акты саморазрушительного поведения можно истолковать как символическое или буквальное воспроизведение изначального насилия. Они служат функции регулирования невыносимых чувств в отсутствие более адаптивных самоуспокоительных стратегий. Способности к заботе о себе и самоутешению, которые не могли развиться в среде детства, отягощенного насилием, должны быть кропотливо сконструированы в последующей жизни.

Даже просто добиться того, чтобы человек начал стабильно проявлять заботу по отношению к себе, бывает поначалу очень непросто. Пациентка, развившая фантазию о спасении, может возмущаться тем фактом, что ей приходится выполнять эту работу самой, и хотеть, чтобы ее делал терапевт. Выжившая, исполненная ненависти к себе, может не считать себя достойной хорошего лечения. В обоих случаях у терапевта возникает ощущение, что безопасность человека, которому он оказывает психологическую помощь, нужна ему больше, чем самой пациентке. Психиатр Джон Гундерсон, например, описывает первую фазу лечения

людей с пограничным расстройством личности как сфокусированную на «проблемах безопасности пациента и вопросе о том, кто должен быть за нее ответствен»²⁰. Следует быть готовым к тому, что окрашенные отношения борьбы обсуждения подобных вопросов может затянуться надолго.

В случае единичной травмы создание безопасности начинается с контроля над телом, после чего переходит вовне, к самозащите и организации безопасного окружения. Даже задача первого порядка — контроль над телом — может осложниться настолько, насколько выжившая в результате насилия начала верить в то, что ее тело принадлежит другим. В случае Мэрилин, 27-летней женщины, подвергавшейся сексуальному насилию со стороны отца, создание безопасности требовало вначале сосредоточиться на заботе пациентки о своем теле:

«Мэрилин прибегла к психотерапии как к последней возможности справиться с острой хронической болью в спине. Она думала, что эта боль может быть связана со стрессом, и была готова дать психотерапии шанс. Однако если бы быстрого облегчения получить не удалось, она планировала согласиться на серьезную операцию на спине, сопряженную с существенным риском инвалидности. Две предыдущие операции результата не дали. Ее отец, врач-терапевт, прописал ей болеутоляющее и участвовал в планировании ухода за ней; хирург был коллегой и близким другом отца.

На первых этапах терапия сфокусировалась на задаче возвращения Мэрилин чувства контроля над своим телом. Терапевт настоятельно рекомендовала ей отложить окончательное решение об операции до тех пор, пока она полностью не исследует все доступные ей варианты. Она также рекомендовала Мэрилин ежедневно вести дневник своих занятий, эмоциональных состояний и физической боли. Вскоре стало ясно, что боль в спине тесно связана с эмоциональными состояниями женщины. Более того, Мэрилин обнаружила, что часто бралась за занятия, усугублявшие боль, когда чувствовала себя брошенной или разгневанной.

За шесть месяцев Мэрилин изучила поведенческие техники управления болью и постепенно сформировала доверительные отношения в психотерапии. К концу года ее физические жалобы сократились, она перестала принимать лекарства, прописанные отцом, и возможность операции больше не рассматривалась. Однако она заметила, что боль в спине возвращалась, когда ее терапевт была в отпуске, и во время визитов Мэрилин в родительский дом».

В процессе создания базовой безопасности и привычки заботиться о себе пациентку поощряют планировать и инициировать действия и насколько возможно активно пользоваться своей способностью к суждению и оценке. Когда она начинает применять эти способности, прежде подавляемые повторяющимися актами насилия, ее чувства компетентности, самооценности и свободы усиливаются. Более того, она начинает проникаться некоторым доверием к терапевту на основании его непоколебимой преданности задаче обеспечения безопасности.

Если нельзя быть уверенными в том, что выжившая уже способна заботиться о себе, часто возникает вопрос о вовлечении в процесс терапии группы поддержки из числа близких. Сеансы с родственниками, любимыми людьми или друзьями могут оказаться полезными. Однако в этом вопросе, как и во всех прочих, процесс принятия решений должна контролировать выжившая. Если этот принцип не соблюдается, ей может казаться, что ее ни во что не ставят, обращаются с ней снисходительно или унижительно. У пациентки также могут возникнуть подозрения, что терапевт вступил в союз с ее родственниками, а не с ней самой, и что они, а не она сама, ответственны за ее выздоровление. В случае Флоренс, 48-летней замужней матери шестерых детей, восстановление сдвинулось с мертвой точки только тогда, когда пациентка заметила и изменила паттерн взаимодействия с мужем, в котором она уступала ему контроль.

«Флоренс проходила терапевтическое лечение на протяжении десяти лет, ей ставили диагнозы “клиническая депрессия”, “паническое расстройство” и “пограничное расстройство личности”. История длительного насилия в детстве пациентки была отражена в истории болезни, но ею никогда не занимались психотерапевтически. Когда у Флоренс случались панические эпизоды, муж обычно звонил психиатру, который рекомендовал транквилизаторы.

Присоединившись к группе людей, переживших инцест, Флоренс заявила, что рассматривает мужа и своего психиатра как “спасательные тросы”, и ей кажется, что без них она бы не справилась. Она соглашалась со всеми их решениями, касавшимися ее лечения, поскольку ей казалось, что она слишком “больна”, чтобы принимать в нем активное участие. Однако, развив безопасную привязанность к группе, она начала выражать обиду на мужа за то, что он обращается с ней “как с младенцем”. Члены группы указали ей, что если она способна заботиться о шестерых детях, то, вероятно, она компетентнее, чем ей кажется. Поворотный момент был достигнут, когда во время одного кризисного эпизода Флоренс не позволила мужу позвонить психиатру, утверждая, что она сама способна решать, когда такие звонки необходимы».

Задача создания безопасности особенно усложняется, если пациентка по-прежнему вовлечена в отношения, отягощенные насилием в прошлом. Потенциал возникновения насилия следует учитывать всегда, даже если пациентка настаивает, что больше этого не боится. Не является редкостью ситуация, когда жертва домашнего насилия и ее абьюзер обращаются за парной терапией после эпизода насилия. Часто абьюзер обещает больше никогда не применять силу и соглашается пойти на терапию, чтобы доказать свою готовность измениться. Женщина удовлетворяется этим обещанием и с нетерпением ждет сеансов, чтобы спасти отношения. По этой причине она часто отрицает или минимизирует постоянно угрожающую ей опасность.

Хотя оба партнера могут желать примирения, их невысказанные цели часто находятся в остром конфликте. Абьюзер обычно желает восстановить привычный принудительный контроль, в то время как жертва хочет ему сопротивляться. Хотя абьюзер часто искренен в своем обещании отказаться от применения силы, его обещание ограничено негласными условиями: в обмен на неприменение насилия он рассчитывает, что жертва откажется от своей автономии.

Если абьюзер не отказался от желания доминировать, угроза насилия по-прежнему присутствует. На сеансах парной терапии жертва не может говорить свободно, и вопросы конфликтов в отношениях невозможно обсуждать, не увеличивая вероятность нового эпизода насилия. По этой причине парная терапия не показана до тех пор, пока насилие не будет действительно взято под контроль, а паттерн отношений доминирования и подчинения — разрушен²¹.

Гарантия безопасности в отношениях с историей насилия ни в коем случае не может опираться на заверения абьюзера, сколь угодно искренние. Пока жертва не создаст подробный и реалистичный план действий в экстренной ситуации и не продемонстрирует свою способность следовать ему, она находится в опасности рецидива насилия. Поэтому парам, обращающимся за помощью по причине насилия в своих отношениях, следует советовать вначале проходить индивидуальную терапию. При первой возможности абьюзера следует направлять на специализированные программы для мужчин, склонных к рукоприкладству, чтобы в процессе терапии решилась не только проблема самого насилия, но и лежащая в его основе проблема принудительного контроля²².

Случай Веры, 24-летней матери, воспитывающей в одиночку трех маленьких детей и избиваемой бойфрендом, иллюстрирует постепенное развитие надежной системы самозащиты за период годичного курса психотерапии. Создание безопасности требовало, чтобы Вера научилась

заботиться как о себе, так и о детях. В ее лечении был применен полный спектр терапевтических вмешательств, в том числе биологическое (медицинские препараты), когнитивное и поведенческое (донесение информации о травматических синдромах, ведение дневника и «домашние задания»), межличностное (построение терапевтического альянса) и социальное (семейная поддержка и защитное постановление суда):

«Вера получила постановление суда, воспреещающее ее бойфренду приходить к ней домой, после того как он избил ее на глазах у детей. После его отъезда она не могла ни есть, ни спать, и в течение дня ей было трудно встать с постели. Ночные кошмары и интрузивные воспоминания о насилии чередовались с приятными воспоминаниями о хороших моментах в их отношениях. На нее часто накатывали приступы рыданий, и она думала о самоубийстве. Вера прибегла к терапии с целью “избавиться от него раз и навсегда”. Однако при подробных расспросах признала, что не может представить себе жизни без него. В сущности, она уже начала снова с ним встречаться. Женщина чувствовала себя “зависимой от любви”.

Хотя в глубине души терапевт была бы только рада узнать, что Вера рассталась со своим любовником, она не согласилась считать это желание терапевтической целью. Она дала Вере совет: не ставить себе целей, которые кажутся недостижимыми, поскольку у женщины за плечами уже был немалый опыт неудач. Вместо этого она посоветовала Вере отложить окончательное решение об отношениях до тех пор, пока она не почувствует себя достаточно сильной, чтобы сделать свободный выбор, а пока сосредоточиться на усилении ощущения безопасности и контроля над своей жизнью. Они договорились, что во время начальной фазы терапии Вера будет продолжать время от времени встречаться со своим бойфрендом, но не позволит ему снова переехать к ней домой и не станет оставлять детей наедине с ним. Это были обещания, которые она могла сдержать.

Сначала Вера нерегулярно приходила на встречи. Терапевт не критиковала ее, но указывала, как важно для самоуважения пациентки следовать составленным ею самой планам. Регулярность терапии наладилась после того, как они договорились, что Вера будет назначать только те встречи, на которые стопроцентно сможет прийти. Каждый сеанс фокусировался на выявлении каких-либо позитивных действий, сколь угодно малых, которые Вера могла с уверенностью совершить ради себя. Поначалу Вера каждый раз рылась в сумочке в поисках клочков бумаги для записи этого еженедельного “домашнего задания”. Поворотный момент был достигнут, когда она купила себе блокнот для записей и начала отмечать каждое достижение ярко-красным фломастером.

Одной из главных жалоб Веры была депрессия. Единственными моментами, когда она приободрялась, были краткие романтические встречи с бойфрендом. Время от времени он также снабжал Веру кокаином, дарившим ей преходящее ощущение силы и благополучия, за которым следовала ломка, лишь усугублявшая ее депрессию. Терапевт подняла вопрос о возможности пробного применения препаратов от депрессии и интрузивных посттравматических симптомов, но объяснила, что не сможет прописать их, если Вера не захочет отказаться от периодического употребления наркотиков. Вера решила принимать лекарства и стала ощущать растущую гордость и уверенность в себе, отказываясь от предлагаемого бойфрендом кокаина. Она хорошо реагировала на антидепрессанты.

Когда симптомы Веры стали менее выраженными, фокус терапии сместился на ее детей. С момента ухода Вериного бойфренда дети, прежде привыкшие быть тихими и покорными, совершенно отбились от рук. Она жаловалась на их надоедливость, требовательность и дерзость. Перегруженная и фрустрированная, Вера мечтала, чтобы ее мужчина вернулся и “вбил в них капельку здравого смысла”. Терапевт предложила Вере информацию о последствиях насилия в отношении детей и рекомендовала ей дополнить индивидуальную терапию терапевтической помощью детям. Они также рассмотрели практические варианты помощи в заботе о детях. Ситуация улучшилась, когда Вера, давно отдалившаяся от своей семьи, пригласила на пару недель в гости сестру. С ее помощью она смогла заново установить предсказуемый распорядок в ежедневной заботе о детях и ненасильственную дисциплину.

Терапевтическая работа продолжалась, фокусируясь на постановке конкретных целей. Например, на одной неделе Вера согласилась поставить перед собой цель ежедневно читать детям на ночь одну сказку. Это занятие постепенно переросло в успокаивающую привычку, которая одинаково нравилась и ей, и детям, и Вера обнаружила, что ей больше не составляет труда уложить детей спать. Еще одним важным достижением стало, когда во время одного из таких вечерних чтений Вере позвонил бойфренд и заявил, что желает видеть ее немедленно. Вера отказалась нарушать заведенный порядок. Она сказала бойфренду, что ей надоело бежать к нему по первому требованию и что в будущем ему придется назначать свидания с ней заранее. На следующем сеансе терапии Вера потрясенно и с некоторой грустью сообщила, что уже не нуждается в нем так отчаянно, как прежде; в сущности, она чувствовала себя способной жить дальше и без него».

Как и жертвы домашнего насилия, люди, которые перенесли длительное насилие в детстве, часто, став взрослыми, остаются вовлечены в сложные отношения со своими абьюзерами. Они могут прибегать к терапии из-за продолжающегося конфликта в этих отношениях и желать на первых стадиях привлечь к ней своих родственников. Эти встречи тоже следует откладывать до тех пор, пока не будут созданы надежные механизмы и практики самозащиты. Часто в отношениях между насильником и его повзрослевшей жертвой по-прежнему присутствует некоторая степень принудительного контроля, а временами имеет место и само насилие. Терапевту ни в коем случае не следует полагать, что безопасность уже обеспечена; он должен тщательно исследовать перипетии семейных отношений выжившей. После этого пациентка и терапевт вместе могут очертить проблемные области, нуждающиеся во внимании. Расширение сферы автономии выжившей и установление границ в отношениях с родственниками — подходящие задачи для начальной стадии исцеления. Но открытие правды членам родительской семьи и конфронтация с абьюзером, вероятно, будут гораздо более успешными на более поздних стадиях²³.

Обеспечение безопасной среды требует внимания не только к психологической способности пациентки защитить себя, но и к реальностям баланса сил в ее ситуации. Даже когда забота о себе надежно обеспечена, у пациентки может по-прежнему не быть достаточно безопасной среды, чтобы перейти к следующим стадиям исцеления, которые включают глубокое и подробное исследование травмирующих событий. Случай Кармен, 21-летней студентки колледжа, иллюстрирует, как преждевременное разоблачение в семье повредило безопасности:

«Кармен вызвала скандал в семье, обвинив отца, богатого и влиятельного бизнесмена, в сексуальном насилии. Родители пригрозили забрать ее из колледжа и сдать на лечение в психиатрическую лечебницу. Она первой обратилась за лечением, чтобы доказать, что не является сумасшедшей, и избежать перспективы быть посаженной под замок отцом. Во время экспертизы у нее обнаружили множество симптомов комплексного посттравматического синдрома. Однако она не испытывала сильного стремления к самоубийству или самоповреждению, была способна заботиться о себе, так что для принудительной госпитализации оснований не было.

Терапевт изначально дал ясно понять, что верит в рассказанную Кармен историю. Однако он также советовал девушке оценить реальность баланса сил в ее ситуации и не ввязываться в битву, которую она обречена проиграть. В итоге был достигнут компромисс: Кармен

отказалась от своего обвинения и согласилась пройти амбулаторное психиатрическое лечение с терапевтом по своему выбору. После этого родители успокоились и согласились позволить ей продолжать занятия в колледже. Отец также согласился оплачивать ее лечение.

В процессе терапии Кармен вернула себе многие воспоминания и обрела еще большую уверенность в том, что инцест действительно имел место; однако она чувствовала себя обязанной хранить молчание из страха, что отец прекратит оплачивать ей терапию или учебу. Она привыкла к обеспеченному стилю жизни своей семьи и считала себя неспособной зарабатывать на жизнь самостоятельно; таким образом, она целиком зависела от расположения отца. Наконец девушка осознала, что оказалась в тупике: она не могла продвинуться дальше в своем исцелении, пока отец держал в руках вожжи финансового контроля над ее жизнью. Поэтому, окончив предпоследний курс колледжа, она подала заявление об академическом отпуске, нашла работу и квартиру и договорилась о снижении стоимости терапии, исходя из ее собственного дохода. Эти меры позволили ей продолжить прогресс в терапии».

В этом случае создание безопасной среды стало возможным, только когда пациентка совершила серьезные перемены в жизни. Эта необходимость повлекла за собой трудные решения и потребовала жертв. Пациентка, как и многие другие в похожих ситуациях, обнаружила, что не сможет восстановиться до тех пор, пока не возьмет на себя ответственность за материальную составляющую своей жизни. Без свободы не может быть никакой безопасности и никакого восстановления, но свобода часто достается дорогой ценой. Чтобы обрести свободу, выжившим порой приходится отказаться практически от всего остального. Подвергавшиеся побоям женщины могут лишиться своего дома, друзей и дохода. Пережившие насилие в детстве могут лишиться родственников. Политические беженцы могут потерять свои дома и родину. Масштабы этих жертв редко бывают признаны.

Завершение первой стадии

Поскольку задачи первой стадии восстановления трудны и требуют массы ресурсов, пациент и терапевт одинаково часто пытаются «проскочить» их быстрее. Часто возникает соблазн пренебречь требованиями безопасности и с места в карьер броситься в следующие стадии терапевтической работы. Хотя самой распространенной терапевтической ошибкой явля-

ется избегание травматического материала, пожалуй, второй по частоте будет преждевременное начало исследовательской работы, когда еще не уделено достаточно внимания задачам обеспечения безопасности и создания терапевтического альянса.

Пациенты временами настаивают на погружении в яркие и подробные описания травмирующих переживаний, полагая, что достаточно просто излить душу — и это решит все их проблемы. В корне этого убеждения лежат представления об излечении через насильственное переживание катарсиса, которое избавит от травмы раз и навсегда. Под влиянием такого верования терапия может представляться пациентам как своего рода садомазохистская оргия, во время которой они будут кричать, плакать, изливаться кровью и рвотой, умрут и возродятся очищенными от последствий травмы. Роль терапевта в такой реконструкции травмы пугающе сближается с ролью преступника, так как ему предлагается спасти пациента или пациентку путем причинения боли. Стремление пациентов к подобному быстрому и магическому исцелению питается как образами принятых в прошлом катарсических методов лечения, которые ныне заполонили массовую культуру, так и намного более древней религиозной метафорой экзорцизма. Случай Кевина, 35-летнего разведенного мужчины с длительной историей алкоголизма, иллюстрирует ошибку преждевременно начатой работы по раскрытию травмирующего опыта:

«Кевин бросил пить после того, как едва не умер от осложнений, вызванных алкоголизмом. Став трезвенником, он начал страдать от флешбэков о жестоком насилии, которому подвергался в раннем детстве. Он обратился за психотерапевтической помощью, чтобы докопаться до корня своей проблемы. Ему казалось, что травматические воспоминания были причиной его проблем с алкоголем и что его перестанет тянуть к спиртному, если он просто сможет “вывести их из организма”. Он отказался участвовать в официальной программе для страдающих алкоголизмом и не посещал встречи Общества анонимных алкоголиков. Он считал эти программы “костылями” для слабых духом, зависимых людей и полагал, что не нуждается в такой поддержке.

Терапевт согласилась перенести фокус терапии на историю детства Кевина. Во время психотерапевтических сеансов Кевин воспроизводил свои воспоминания в тяжких подробностях. Его кошмары и флешбэки усугублялись, и он начал все чаще прибегать к экстренным звонкам между сеансами. Тем временем посещение запланированных им терапевтических встреч стало нерегулярным. Во время одного телефонного

разговора терапевту показалось, что Кевин пьян, но тот решительно отрицал, что снова запил. Терапевт осознала свою ошибку только тогда, когда Кевин явился на сеанс, дыша перегаром».

В данном случае терапевт, не искушенная в вопросах злоупотребления веществами, уделила недостаточное внимание задаче соблюдения трезвости. Она просто приняла аргумент пациента о том, что он не нуждается в социальной поддержке, таким образом проигнорировав один из базовых компонентов безопасности. Она также не смогла понять, что углубленное исследование травматических воспоминаний способно стимулировать наиболее сильные интрузивные симптомы посттравматического стрессового расстройства и тем самым подставить под удар еще не устоявшуюся трезвость пациента.

Случай Кевина иллюстрирует потребность в тщательной оценке текущей ситуации пациента, прежде чем будет принято совместное решение о том, на чем будет фокусироваться терапия. Этот процесс включает в себя оценку размеров структуры, необходимой для гарантирования безопасности. Амбулаторное лечение может оказаться неэффективным или неприемлемым для пациента, у которого серьезно нарушены способности к заботе о себе или самозащите. Пациенту может сначала потребоваться лечение в стационаре, обращение в реабилитационный центр или курс лечения от алкогольной или наркотической зависимости. Для детоксикации, контроля расстройств пищевого поведения или суицидальных наклонностей может потребоваться госпитализация. Необходимые социальные интервенции могут включать подачу сведений о детях, оказавшихся в ситуации риска, в службу опеки, получение охранных ордеров по решению суда или помощь человеку в бегстве в убежище или приюте.

Когда наилучший путь действий неочевиден, терапевту лучше прежде всего позаботиться о безопасности, даже перестраховавшись. В этом случае он обеспечивает пациентке положение, в котором та может продемонстрировать, что действительно способна хорошо о себе заботиться и что это терапевт проявляет чрезмерную осторожность. Если же, напротив, терапевт преуменьшает опасность, пациентка может быть вынуждена продемонстрировать отсутствие безопасности каким-либо драматическим способом.

Чтобы противодействовать убедительной идее о быстром катарсическом исцелении, терапевт может уподобить процесс восстановления марафону. Благодаря этому образу сложность предстоящей задачи сразу становится понятна пациентам. Они понимают, что восстановление, как и марафон, — это тест на выносливость, требующий длительной подготовки и постоянной практики. Метафора марафона передает важность

создания условий и постоянных поведенческих усилий для поддержания мужества и настойчивости как на уровне тела, так и на уровне духа. Пусть этому образу, возможно, недостает включения социального уровня, зато он созвучен изначальному чувству изоляции жертвы. Кроме того, он предлагает роль терапевта как тренера, коуча. И хотя без экспертности специалиста в терапевтических техниках, его взгляда и моральной поддержки не обойтись, в итоге исцеление выживших определяют и воплощают в действиях только они сами.

Пациенты часто интересуются, как им судить о своей готовности перейти к следующей стадии работы. Какого-то определенного драматического события, знаменующего завершение первой стадии, не существует. Это постепенный процесс, темп которого может меняться, то ускоряясь, то затихая. Мало-помалу пережившие травму люди восстанавливают базовое чувство безопасности или хотя бы предсказуемости своей жизни. Они вновь обнаруживают, что могут полагаться на себя и других. Пусть они стали намного осторожнее и недоверчивее, чем были до травмы, пусть они по-прежнему избегают близости, но больше не чувствуют себя уязвимыми или изолированными. У них есть некоторая уверенность в своей способности защитить себя; они знают, как контролировать самые тревожные симптомы; знают, на чью поддержку могут рассчитывать. Люди, пережившие хроническую травму и выжившие, начинают верить не только в то, что способны хорошо заботиться о себе, но и в то, что заслуживают этого. В своих отношениях с другими они восстановили способность к уместному доверию и самозащите. В своих отношениях с терапевтом они пришли к обоснованно безопасному альянсу, сохраняющему и автономию, и контакт.

В этот момент, особенно в случае острой единичной травмы, выжившая может захотеть на какое-то время выбросить этот опыт из головы и продолжить жить своей жизнью. И, возможно, на какое-то время это ей удастся. Нигде не написано, что процесс восстановления должен следовать какой-то линейной и непрерывной последовательности. Но травмирующие события в итоге отказываются навсегда уйти в забвение. В какой-то момент воспоминание о травме непременно вернется, требуя внимания. Часто катализатором становится важное напоминание о травме (например, годовщина) или изменение жизненных обстоятельств выжившей, которое возвращает ее к незавершенной работе по интеграции травмирующего опыта. Тогда она готова к переходу на вторую стадию восстановления.

ВСПОМИНАНИЕ И ОПЛАКИВАНИЕ

На второй стадии восстановления выжившие рассказывают историю своей травмы. Они раскрывают ее полностью, во всей глубине и подробностях. Работа по реконструкции на самом деле трансформирует травматическое воспоминание, чтобы его можно было интегрировать в историю жизни. Жане называл нормальные воспоминания «актом рассказывания истории». Травматическое воспоминание, наоборот, бессловесно и статично. Сначала рассказ человека о событии может изобиловать повторами, стереотипными фразами и быть безэмоциональным. Один исследователь называет историю травмы в ее необработанном состоянии «преднарративной». Она не развивается и не прогрессирует с течением времени, не раскрывает чувств рассказчика и не дает интерпретации событий¹. Другой терапевт описывает травматическое воспоминание как ряд неподвижных кадров или немой кинофильм; задача терапии — сопроводить его музыкой и словами².

Основной принцип — возвращения авторства в своей жизни и власти над ней — продолжает оставаться актуальным и на второй стадии восстановления. Выбор столкнуться с ужасами прошлого остается за выжившими. Терапевт играет роль свидетеля и союзника, в чьем присутствии человек может говорить о невыразимом. Реконструкция травмы предъявляет огромные требования к мужеству как пациента, так и терапевта. Она требует четкого представления о цели и надежности их союза. Фрейд дает красноречивое описание подхода пациента к раскрытию сложного опыта в психотерапии:

«[Пациент] должен найти в себе мужество, чтобы направить внимание на феномены своей болезни. Она не должна более казаться ему презренной; напротив, она должна стать противником, достойным его боевого пыла, частью его существа, имеющей веские мотивы для существова-

ния, из которой необходимо извлечь ценное для будущей жизни. Поступая так, он мостит дорогу... к примирению с подавленным материалом, который находит свое выражение в его симптомах, и в то же время находит место для определенной терпимости к болезненному состоянию»³.

Когда выжившая призывает заблокированные воспоминания, потребность в сохранении безопасности должна находиться в гармонии с потребностью во встрече с прошлым. Пациентка и терапевт должны научиться обсуждать и находить безопасный проход между двумя опасностями — подавлением и интрузией. Избегание травматических воспоминаний ведет к застою в процессе восстановления, в то время как излишняя поспешность в их разблокировке ведет к не несущему никакой пользы и, наоборот, вредоносному переживанию травмы заново. Решения, касающиеся темпа и графика этой работы, нуждаются в тщательном обдумывании и частом пересмотре совместными усилиями пациентки и терапевта. В этих вопросах есть место для разногласий, и разность во мнениях должна выражаться свободно и разрешаться до того, как работа по реконструкции двинется дальше.

Интрузивные симптомы пациентов следует тщательно отслеживать, чтобы работа по раскрытию воспоминаний не выходила за рамки выносимого. Если во время активного исследования травмы симптомы существенно ухудшаются, это должно быть сигналом для замедления и пересмотра курса терапии. Пациентам также следует рассчитывать, что в это время они не смогут функционировать в полную силу или даже на самом обычном уровне. Реконструкция травмы — это масштабная работа. Для нее необходимо некоторое послабление в требующих усилий аспектах жизни, некая терпимость к себе, подобная той, которую мы проявляем, когда больны. Чаще всего работа по раскрытию воспоминаний может продолжаться в пределах обычных условий социальной жизни пациентов. Но иногда аспекты терапевтической работы могут потребовать более защищающего сеттига, например планового пребывания в больнице. Активное раскрытие травмирующего опыта не должно вестись в моменты, когда текущий жизненный кризис отвлекает на себя внимание пациента или пациентки или когда приоритетными становятся другие важные цели.

Реконструкция истории

Реконструирование истории травмы начинается с рассказа о том, какой была жизнь пациентки до травмы, и обстоятельствах, которые привели к этому событию. Яэль Даниели говорит о важности возвращения в область сознания истории первых лет жизни: она нужна для того, чтобы «вос-

создать поток» жизни пациентки и восстановить ощущение непрерывной связи с прошлым⁴. Пациентку следует поощрять разговаривать о важных для нее отношениях, идеалах и мечтах, а также о трудностях и конфликтах, предшествовавших травмирующему событию. Это исследование обеспечивает контекст, в котором может быть понят конкретный смысл травмы.

Следующий шаг — реконструировать травмирующее событие как изложение фактов. Из фрагментированных образов и ощущений пациентка и терапевт постепенно заново собирают организованный, подробный вербальный рассказ, обладающий характеристикой времени и расположенный в историческом контексте. Этот нарратив включает не только само событие, но и то, как выжившая отвечала на него, а также как на него реагировали важные люди в ее жизни. Когда рассказ приближается к самым невыносимым моментам, человек обнаруживает, что ему становится все труднее находить слова. Временами он или она может спонтанно переключаться на невербальные методы коммуникации, например рисунки или картины.

Учитывая знаковую, визуальную природу травматических воспоминаний, создание изображений может представлять собой наиболее эффективный начальный подход к этим «неизгладимым образам». Завершенный нарратив должен включать полное и ясное описание травматических образов. Джессика Вулф так описывает свой подход к созданию нарратива травмы с ветеранами войн:

«Мы приглашаем их детально описать ощущения, словно они смотрят фильм, со всеми сопутствующими чувствами. Мы спрашиваем их, что они видят, что слышат, какие запахи ощущают, что чувствуют и что думают».

Теренс Кин подчеркивает важность в реконструкции воспоминания телесных ощущений:

«Если не спрашивать их конкретно о запахах, об учащенном сердцебиении, о напряжении мышц, о слабости в ногах, они будут избегать говорить об этом, потому что это слишком отвратительно»⁵.

Нарратив, не включающий травматические образы и физические ощущения, беден и не полон⁶. Конечная же цель реконструкции заключается в облечении истории во всей ее образности в форму слов. Первые попытки пациентов создать язык нарратива могут быть частично диссоциированными. Они могут записать свою историю, пребывая в изменен-

ном состоянии сознания, а потом отречься от нее. Они могут выбросить написанное, спрятать или вообще забыть, что написали. А могут отдать свою историю терапевту с просьбой прочесть ее не во время терапевтической сессии. Терапевту следует остерегаться создания такого «неофициального» канала коммуникации и напоминать пациентам, что их общая цель — принести историю в то место, где она может быть рассказана и услышана. Письменные сообщения любого рода следует читать вместе.

Изложение голых фактов без сопровождающих их эмоций — стерильное упражнение, не дающее терапевтического эффекта. Как столетие назад отмечали Брейер и Фрейд, «воспоминание без аффекта почти неизменно не приносило результата»⁷. Поэтому в каждый момент нарратива пациенты должны реконструировать не только то, что случилось, но и то, что они чувствовали. Описание эмоциональных состояний должно быть таким же детализированным, как и описание фактов. Когда пациенты исследуют свои чувства, они могут либо разволноваться, либо уйти в себя. Они не просто описывают то, что чувствовали в прошлом, но заново оживляют эти чувства в настоящем. Терапевт должен помогать пациентам двигаться вперед и назад во времени — от надежного, защищенного якоря в настоящем к погружению в прошлое, — чтобы они могли заново пережить прежние чувства во всей их полноте, одновременно держась за ощущение безопасной связи, которое было разрушено в момент травмы⁸.

Реконструирование истории травмы также включает систематический пересмотр смысла этого события, как для пациентов, так и для важных для них людей. Травмирующее событие требует от обычного человека, чтобы он стал теологом, философом и юристом. От выживших требуется артикулировать ценности и убеждения, которые у них когда-то были и которые уничтожила травма. Они безмолвно стоят перед пустотой зла, чувствуя несостоятельность любой известной системы объяснения. Люди, пережившие зверства в любую эпоху и в любой культуре, приходят в своих свидетельствах к той точке, где все вопросы сводятся к одному, задаваемому скорее с недоумением, чем с возмущением: *почему?* Ответ на этот вопрос лежит за пределами человеческого понимания.

Помимо этого непостижимого вопроса выжившие сталкиваются с другим, столь же непонятным: *почему я?* Прихоть, случайность их судьбы бросает вызов базовой человеческой вере в справедливый или даже просто предсказуемый мировой порядок. Чтобы развить полное понимание истории травмы, выжившие должны исследовать моральные вопросы вины и ответственности и реконструировать систему убеждений, которая придает смысл их незаслуженному страданию. Наконец, выжившие не могут восстановить чувство смысла посредством одних только мыслен-

ных усилий. Лекарство от несправедливости требует еще и действия. Выжившие должны решить, что должно быть предпринято.

Когда они пытаются решить эти вопросы, они часто вступают в конфликт с важными для себя людьми. Их чувство принадлежности к прежде общей системе убеждений подорвано. Таким образом, они сталкиваются с двойной задачей: не только восстановить собственные «разрушенные представления» о смысле, порядке и справедливости в мире, но и найти способ уладить различия с теми, чьи убеждения они больше не могут разделять⁹. Выжившие должны не только восстановить собственное чувство достоинства, но и быть готовыми поддерживать его, сталкиваясь с критическими суждениями других.

Следовательно, моральная позиция терапевта приобретает огромную важность. Недостаточно быть просто «нейтральным» или «неосуждающим». Пациенты требуют, чтобы терапевт разделил с ними их трудности в осмыслении этих огромных философских вопросов. Задача терапевта не предоставить им готовые ответы, что в любом случае было бы невозможно, а скорее подтвердить позицию моральной солидарности с ними.

На протяжении всего исследования истории травмы терапевт призван обеспечивать контекст — одновременно когнитивный, эмоциональный и моральный. Терапевт нормализует реакции пациентки, фасилитирует процесс выбора наименований, помогает подобрать слова и использовать язык для описания, а также разделяет эмоциональное бремя ее травмы. Терапевт также вносит вклад в построение новой интерпретации травмирующего опыта, которая утверждает достоинство и ценность выжившей. Когда выживших спрашивают, какой совет они дали бы терапевтам, те чаще всего упоминают важность роли терапевта как свидетеля, подтверждающего и признающего опыт пациента. Так, женщина, пережившая инцест, советует терапевтам:

«Постоянно поощряйте людей говорить, даже если вам очень больно на них смотреть. Требуется достаточно много времени, чтобы поверить. Чем больше я говорю о случившемся, тем больше моя уверенность в том, что это случилось, тем лучше я могу это интегрировать. Подтверждение очень важно — что угодно, только бы это удерживало меня от ощущения, что я была одинокой ужасной маленькой девочкой»¹⁰.

Слушая выжившую, терапевт должен постоянно напоминать себе, что не следует делать никаких допущений ни о фактах, ни о смысле травмы. Не сумев подробнейшим образом расспросить пациентку, он рискует наложить собственные чувства и собственную интерпретацию на рассказан-

ную историю. То, что кажется незначительной деталью терапевту, может быть самым важным аспектом истории для пациентки. И наоборот, аспект истории, который терапевт находит нестерпимым, может иметь для человека меньшее значение. Прояснение этих несовпадающих точек зрения может укрепить взаимное понимание истории травмы. Случай Стефани, 18-летней первокурсницы колледжа, которая подверглась групповому изнасилованию на вечеринке студенческого братства, иллюстрирует важность выяснения каждой детали:

Предупреждение о триггерах СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

«Когда Стефани впервые рассказывала свою историю, ее терапевт пришла в ужас от самой зверской жестокости изнасилования, которое длилось больше двух часов. Однако для Стефани худшим моментом этой трагедии был тот, когда насильники, сделав свое гнусное дело, заставили ее сказать, что это был “лучший секс в ее жизни”. Она повиновалась — ничего не чувствуя и автоматически. А потом ощутила стыд и отвращение к себе.

Терапевт назвала это изнасилованием сознания. Она объяснила пациентке пережитую ею реакцию психического онемения и спросила, осознавала ли Стефани, что ей страшно. Тогда Стефани припомнила еще часть истории: насильники грозили, что им “возможно, придется повторить”, если она не скажет, что “полностью удовлетворена”. Сообщив эту дополнительную информацию, пациентка пришла к пониманию, что ее покорность была стратегией, ускорившей избавление, а не просто формой самоунижения».

И пациент, и терапевт должны терпимо относиться к некоторой неопределенности — даже в том, что касается основных фактов истории.

В ходе реконструкции история может меняться по мере того, как отыскиваются недостающие фрагменты. Это особенно верно в ситуациях, когда у пациента присутствуют существенные пробелы в воспоминаниях. Таким образом, и пациент, и терапевт должны принять тот факт, что не обладают полным знанием, и учиться жить с неопределенностью, занимаясь исследованиями в посильном темпе.

Чтобы урегулировать собственные сомнения или противоречивые чувства, пациент порой может пытаться преждевременно завершить работу с фактами своей истории. Он может настаивать, чтобы терапевт признал частичную и неполную версию событий без ее дальнейшего исследования, а может требовать более активного поиска дополнительных

воспоминаний до того, как разобрался с эмоциональным воздействием уже известных фактов. Случай Пола, 23-летнего мужчины с историей насилия в детстве, иллюстрирует реакцию терапевта на преждевременное требование определенности со стороны пациента:

«Постепенно рассказав о том, как ребенком он был вовлечен в подпольную организацию педофилов, которые торговали детьми и насиловали их, Пол внезапно объявил, что выдумал всю эту историю. Он грозился бросить терапию немедленно, если терапевт не скажет ему, что верит, будто его пациент все это время лгал. До этого момента Пол, разумеется, хотел, чтобы терапевт верила, что он говорит правду. Терапевт признала, что такой поворот событий ее озадачивает, и добавила: “Меня не было рядом, когда вы были ребенком, так что я не могу делать вид, будто знаю, что тогда случилось. Зато я знаю, что важно понять вашу историю во всей полноте, а мы пока ее не понимаем. Думаю, нам не следует выносить окончательное суждение до тех пор, пока мы этого не сделаем”. Пол неохотно согласился. В ходе следующего года терапии стало ясно, что его отречение было отчаянной попыткой сохранить лояльность к своим насильникам».

Терапевты тоже иногда поддаются стремлению к определенности. Рьяная убежденность порой слишком легко замещает открытый, испытующий подход. В прежние времена это стремление к определенности обычно приводило к тому, что терапевты сбрасывали со счетов травмирующие переживания своих пациентов или старались представить их преувеличением. Хотя, возможно, это до сих пор самая частая ошибка терапевтов, недавнее переоткрытие психологической травмы привело к ошибкам противоположного толка. Известны случаи, когда терапевты просто на основе предположительной истории или «профиля симптомов» говорят пациентам, что у них в прошлом определенно был травмирующий опыт. Некоторые терапевты даже специализируются на «диагностике» конкретного типа травмирующего события, например ритуального насилия. Стоит усомниться в подобных измышлениях — и вас запишут в «отрицатели». В некоторых случаях пациентам с неопределенными, неспецифическими симптомами после одной-единственной консультации безапелляционно сообщали, что они, несомненно, были жертвами секты сатанистов. Терапевт должен помнить, что он не занимается поисками фактов и что реконструкция истории травмы не криминальное расследование. Его задача — быть свободно мыслящим, сострадательным свидетелем, а не примерять на себя роль сыщика.

Поскольку правде очень трудно смотреть в лицо, при реконструкции своих историй выжившие нередко проявляют нерешительность. Отрицание реальности произошедшего вызывает у них ощущение, будто они сходят с ума, но при этом им кажется, что принять такую реальность никому не под силу. Двойственное отношение выживших к рассказыванию правды отражается и в противоречивых подходах терапевтов к истории травмы. Жане, работая с пациентками с истерией, иногда пытался стереть травмирующее воспоминание или даже изменить его содержание с помощью гипноза¹¹. Аналогичным образом абреактивное лечение ветеранов боевых действий, популярное на первых порах, по сути дела пыталось избавить их от травматических воспоминаний. Этот образ катарсиса или экзорцизма также бывает скрытой фантазией* многих травмированных людей, обращающихся за помощью.

И пациента, и терапевта можно понять, когда они желают магической трансформации, очищения, изгнания зла травмы¹².

Однако психотерапия от травмы не избавляет. Цель вспоминания и рассказывания истории травмы — интеграция, а не изгнание. В процессе реконструкции история травмы действительно претерпевает трансформацию, но лишь в том смысле, что становится более реальной и видимой в настоящем. Фундаментальная предпосылка психотерапевтической работы — это убежденность в том, что рассказывание правды обладает целительной силой.

Рассказанная история травмы становится свидетельскими показаниями. Ингер Аггер и Сорен Йенсен в своей работе с беженцами, пережившими политическое преследование, отмечают универсальность свидетельства как ритуала исцеления. Свидетельство одновременно имеет и частную сторону (исповедальную и духовную), и общественную (политическую и правовую). Использование слова «свидетельство» связывает оба значения, придавая новое, более общее измерение индивидуальному опыту пациента¹³. Ричард Моллика описывает трансформированную историю травмы как «новую историю» — историю «уже не о стыде и унижении», а, напротив, «о достоинстве и добродетели». С помощью сторителлинга** его пациенты-беженцы «вновь обретают мир, который утратили»¹⁴.

*О том, что эта надежда на катарсис, освобождение, очищение от травмы и ее последствий через проживание заново социально сконструирована, — поддерживается самими приобретшими широкую известность ранними психологическими теориями и практиками, а также еще более ранними традиционными практиками разных культур, автор писала выше.

**Storytelling (англ.) — в переводе «рассказывание историй»; имеется в виду не свободное рассказывание, а определенная терапевтическая практика, имеющая границы, терапевтические задачи и способы их реализации.

Трансформация травматических воспоминаний

Терапевтические техники трансформации истории травмы разрабатывались для разных групп людей, переживших травмирующий опыт, независимо друг от друга. Ведущим методом лечения ветеранов боевых действий является «прямое воздействие», или имплозивная терапия, а ведущим методом лечения жертв пыток — дача формализованных «свидетельских показаний».

Техника имплозивной терапии — часть программы интенсивной терапии, разработанной в Администрации по делам ветеранов для лечения посттравматического стрессового расстройства. Это поведенческая терапия, рассчитанная на преодоление ужаса перед травмирующим событием путем воздействия на пациента контролируемой реконструкцией травмирующего переживания. В подготовке к сеансам имплозивной терапии учат справляться с тревожностью, используя техники релаксации и визуализации успокаивающих образов. Затем пациент и терапевт тщательно подготавливают письменный «сценарий», детально описывающий травмирующее событие. Этот сценарий включает четыре элемента: контекст, факты, эмоции и смысл. Если травмирующих событий было несколько, то для каждого разрабатывается отдельный сценарий. Когда сценарии завершены, пациент сам выбирает последовательность их постановки, переходя от самого легкого к самому трудному. Во время сеанса имплозивной терапии пациент вслух пересказывает терапевту сценарий в настоящем времени, в то время как терапевт поощряет его как можно полнее выражать свои чувства. Это лечение повторяется еженедельно и требует в среднем от 12 до 14 сеансов. Большинство пациентов получают его амбулаторно, но некоторым требуется госпитализация в силу тяжести их симптомов¹⁵.

Эта техника имеет много общих черт с методом свидетельских показаний при лечении бывших политзаключенных, переживших пытки. Об этом методе первыми заявили двое чилийских психологов, которые опубликовали свои открытия под псевдонимами, чтобы обеспечить собственную безопасность. Основная составляющая такого лечения — создание подробного, всеобъемлющего отчета о травмирующем опыте. Вначале осуществляется аудиозапись сеансов терапии и готовится буквальная расшифровка записи слов пациента. Затем пациент и терапевт вместе пересматривают этот документ. Во время пересмотра пациент может собрать фрагментированные воспоминания в связное свидетельство. «Как ни парадоксально, — замечают чилийские психологи, — свидетельские показания и есть та самая исповедь, признание, к которому стремились

палачи... но с помощью метода свидетельствования признание становится обличением, а не предательством»¹⁶. Их датские коллеги Аггер и Йенсен еще сильнее отточили эту технику. В их методе финальный вариант письменного свидетельства зачитывается вслух и терапия завершается официальным «ритуалом выступления в суде», во время которого пациент подписывает этот документ как истец, а терапевт — как свидетель. В среднем на составление этих «свидетельских показаний» требуется 12—20 еженедельных сеансов.

Социальная и политическая составляющие намного более заметны и развиты в методе свидетельствования, чем в более узконаправленной имплозивной терапии. Это не должно вызывать удивления, поскольку метод свидетельских показаний разрабатывался в организациях, активно борющихся за права человека, в то время как метод имплозивной терапии был создан в одном из учреждений правительства Соединенных Штатов. Удивительна как раз степень соответствия этих техник. Обе модели требуют активного сотрудничества пациента и терапевта в построении исчерпывающего письменного нарратива травмы. Обе трактуют этот нарратив с официальностью и серьезностью. И обе используют нарративные структуры, чтобы способствовать проживанию заново травмирующего опыта внутри контекста безопасных отношений¹⁷.

Терапевтические эффекты тоже схожи. Отчитываясь о 39 историях лечения, чилийские психологи отмечали существенное облегчение посттравматических симптомов у подавляющего большинства пациентов, переживших пытки и инсценировку казни. Их метод оказался особенно эффективным для остаточных эффектов пережитого ужаса. Однако он не приносил особого утешения тем пациентам (например, родственникам «пропавших» без вести людей), которые страдали от незавершенного процесса горевания, но не от посттравматического стрессового расстройства¹⁸.

Результат имплозивной терапии с ветеранами военных действий дает еще более четкое доказательство эффективности этой техники. Пациенты, завершившие лечение, сообщали о существенном сокращении симптомов ПТСР — интрузии и перевозбуждения. Они меньше страдали от кошмарных снов и флешбэков, ощущали общее улучшение по критериям тревожности, депрессии, проблем с концентрацией и психосоматических симптомов. Более того, через шесть месяцев после завершения имплозивной терапии пациенты сообщали об устойчивом улучшении в симптомах перевозбуждения и интрузии. Эффекты имплозивной терапии были специфичными для каждого травмирующего события.

Десенситизация* одного воспоминания не распространялась на другие; к каждому из них необходимо было подходить индивидуально, и всеми ими надлежало заниматься по порядку, чтобы добиться наиболее полного облегчения симптомов¹⁹. Таким образом, похоже, «акт рассказывания истории» в защищающей обстановке безопасных отношений действительно может привести к изменениям в обработке травматического воспоминания сознанием. Вместе с трансформацией воспоминания приходит облегчение основных симптомов посттравматического стрессового расстройства. *Физионевроз*, вызванный ужасом, очевидно, можно обработать вспять с помощью слов²⁰.

Однако у этих интенсивных терапевтических техник есть свои ограничения.

В то время как симптомы интрузии и перевозбуждения облегчаются после импловивной терапии, симптомы избегания — психического онемения и социального отчуждения — остаются без изменений, как не облегчаются и проблемы в супружеской, социальной и трудовой сферах жизни. Сама по себе реконструкция травмы не прорабатывает социальное и отношенческое измерения травмирующего переживания. Это необходимая составляющая процесса восстановления, но одной ее недостаточно.

Если не заняться отношенческим аспектом травмы, то даже такая узкая цель, как облегчение интрузивных симптомов, может оказаться недостижимой. Пациент может неохотно расставаться с такими симптомами, как кошмарные сны или флешбэки, поскольку они обрели для него важный смысл. Они могут быть символическим средством сохранения воспоминаний о человеке, которого больше нет, заменой оплакиванию или выражением остающегося чувства вины. При невозможности засвидетельствовать пережитый травмирующий опыт в социально значимой форме многие люди решают сохранить свои симптомы. По словам поэта Уилфреда Оуэна, «признаюсь, я *выманиваю* сам сны о войне — немногие, что у меня еще остались, — весь вечер напролет к войне вызывая *добровольно*. Исполнить должен я свой долг перед Войной»²¹.

Составление истории травмы становится еще более сложным делом при лечении пациентов, переживших длительное неоднократное насилие. Техники, эффективные для единичных травмирующих событий, могут оказаться неприменимыми для случаев хронического насилия, особенно если у пережившего его человека есть серьезные провалы в памяти. Время, требующееся для реконструкции полной истории, обычно значи-

* Понижение чувствительности, снижение нормы эмоционального реагирования на раздражитель. (Прим. пер.)

тельно превышает норму в 12—20 сеансов. Пациент может соблазняться более экстремальными методами лечения, как признанными, так и нетрадиционными, с целью ускорить этот процесс.

Большие групповые «марафоны»* или комплексные программы, предлагаемые стационарами, часто привлекают пациентов нереалистичными обещаниями, сулящими исцеление в результате «блицподхода». Программы, которые способствуют быстрому раскрытию травматических воспоминаний, не обеспечивая при этом адекватного контекста для интеграции, терапевтически безответственны и потенциально опасны, поскольку пациент остается без ресурсов, необходимых для того, чтобы совладать с разблокированными воспоминаниями.

Преодоление барьера амнезии на самом деле не самая трудная часть реконструкции, поскольку обычно для этого годятся почти любые методы. Несравнимо труднее встретиться лицом к лицу с ужасами, затаившимися по другую сторону барьера, и интегрировать эти переживания в полностью развитый жизненный нарратив. Этот медленный, скрупулезный, часто приносящий разочарования процесс напоминает собирание сложного пазла. Вначале собираются общие рамки, а затем каждый новый фрагмент информации приходится изучать под разными углами, чтобы понять, как он вписывается в общую картину. Сто лет назад Фрейд прибегал к той же метафоре — решению головоломки, — описывая раскрытие ранней сексуальной травмы²². Наградой за терпение становится редкий момент прорыва, когда ряд фрагментов внезапно встает на свои места и проясняется новая часть картины.

Простейшая техника раскрытия новых заблокированных воспоминаний — тщательное исследование тех воспоминаний, которые у пациентов уже есть. Чаще всего этого простого, будничного подхода оказывается достаточно. Когда пациенты ощущают полное эмоциональное воздействие тех фактов, которые они уже знают, новые воспоминания обычно всплывают спонтанно. Так произошло с 32-летней Дениз, пережившей инцест:

«Дениз приступила к лечению, терзаемая сомнениями насчет того, подвергалась ли она насилию со стороны отца. У нее присутствовало сильное “телесное ощущение”, что это так, но, по ее утверждениям, четких воспоминаний об этом не было. Она полагала, что для возвращения воспоминаний понадобится гипноз. Терапевт попросил Дениз описать свои текущие отношения с отцом. Выяснилось, что Дениз страшилась предсто-

* Марафон-терапия — одна из форм групповой психотерапии, сеансы которой могут длиться от 5 до 48 часов. (Прим. пер.)

ящего семейного праздника, поскольку знала наверняка, что отец напьет-ся, начнет буянить, отпускать в адрес присутствующих пошлые замечания и лапать всех женщин. Ей казалось, что она не вправе жаловаться, поскольку родственники считали поведение отца забавным и безобидным.

Поначалу Дениз преуменьшала важность этой информации. Ей нужно было что-то намного более впечатляющее, что-то такое, что ее семья восприняла бы всерьез. Терапевт спросил Дениз, что она чувствует, когда отец тискает ее при других людях. Дениз описала чувства отвращения, унижения и беспомощности. Это напомнило ей о том “телесном ощущении”, о котором она говорила в начале терапии. Исследуя свои чувства в настоящем, она начала вспоминать множество примеров из детства, когда искала у других защиты от отца, но ее жалобы лишь высмеивали и игнорировали. В итоге она разблокировала воспоминания о том, как отец по ночам приходил к ней в постель».

Текущий повседневный опыт пациента обычно щедр на подсказки о диссоциированных воспоминаниях. Наблюдения, связанные с праздниками и особыми событиями, часто дают доступ к ассоциациям с опытом из прошлого. Помимо следования обычным подсказкам из повседневной жизни, пациент может исследовать прошлое, просматривая фотографии, выстраивая фамильное древо или посещая места своих детских переживаний. Посттравматические симптомы, такие как флешбэки или кошмарные сны, тоже являются ценными маршрутами доступа к воспоминаниям.

Шэрон Саймон рассказывает, как флешбэк, спровоцированный половой близостью, оказался подсказкой о забытой истории инцеста:

«Я занималась сексом с мужем, и в какой-то момент у меня возникло ощущение, что мне три года. Мне было очень грустно, и он занимался со мной сексом, и я помню, как обвела взглядом комнату и подумала: “Эмили (это мой терапевт), пожалуйста, приди и вытащи меня из-под этого мужчины”. Я поняла, что этот мужчина не мой муж, но еще не произнесла слова “отец”»²³.

В большинстве случаев в терапии люди могут сконструировать адекватный нарратив без помощи измененных состояний сознания. Однако иногда в истории остаются серьезные, вызванные амнезией, пробелы даже после старательного и внимательного исследования. В эти моменты рекомендуется разумное применение более мощных методов, таких как гипнотерапия. Проработка травматических воспоминаний путем

гипноза требует высокого уровня мастерства²⁴. Каждому шагу в работе по раскрытию воспоминаний должна предшествовать тщательная подготовка, а за ним должен следовать период интеграции. Пациент сначала учится использовать транс для успокоения и релаксации, переходя к работе по раскрытию воспоминаний только после тщательного планирования и длительных тренировок. Ширли Мур, психиатрическая медсестра и гипнотерапевт, так описывает свой подход к применению гипноза для раскрытия травматического опыта:

«Мы можем использовать метод возрастной регрессии, словно держим в руке ленту или веревку, которая уходит в прошлое. Но с некоторыми пациентами образ веревки использовать невозможно. Есть множество стандартных техник, для которых приходится менять терминологию. Другой метод, который хорошо помогает многим людям, — представить, что смотришь телевизор. Когда мы используем эту технику, пациент привыкает к тому, что у него есть “безопасный” канал, и именно на него мы всегда вначале настраиваемся. Рабочий канал — это подключение видеомэгнитофона. В нем находится кассета с записью, на которой запечатлено травмирующее переживание, и мы можем проигрывать ее в замедленном темпе, можем включить перемотку вперед, можем отмотать назад. Пациент также знает, как регулировать “громкость”, чтобы модулировать интенсивность своих чувств. А некоторые предпочитают просто видеть сон. Они уснут в безопасном месте, и им будет сниться сон о травме. Все это — гипнотические проективные техники.

Затем я говорю пациенту, что эта запись или сон расскажет нам кое-что о травме. Я веду отсчет, и он начинает рассказывать мне, что видит. Я очень внимательно слежу за переменами в выражении лица, за движениями тела. Если воспоминание в принципе появляется, то оно появляется в этот момент. Мы работаем с тем, что возникло. Порой, если это образ маленького ребенка, подвергающегося жестокому обращению, я спрашиваю пациента, в состоянии ли он продолжать. Люди в трансе четко осознают свое расщепление: есть наблюдающая часть-взрослый и есть переживающая часть-ребенок. Безусловно, это так или иначе вызывает сильные чувства, но смысл в том, чтобы они не были непосильными.

Люди выходят из транса в состоянии не только сильного аффекта, но и некоторого дистанцирования. Значительную часть эмоций составляют печаль, потрясение и шок от жестокости случившегося. При выходе из транса пациенты часто начинают самостоятельно проводить связи.

Существуют определенные рекомендации насчет того, как нужно помогать им это делать: они будут помнить только то, что готовы помнить, у них будут мысли, образы, чувства и сны, которые помогут им со временем лучше понять то, что они помнят, и они смогут разговаривать об этом в терапии. Если подумать, то это просто невероятно. Бывают такие моменты, когда приходится уговаривать себя, убеждая, что это на самом деле полезно. Но люди действительно чувствуют себя лучше после возвращения воспоминаний»²⁵.

Вдобавок к гипнозу можно использовать другие техники вызова измененного состояния сознания, в котором диссоциированные травматические воспоминания становятся более доступными. Спектр методов может варьироваться от социальных, например интенсивной групповой терапии или психодрамы, до биологических, например применения амитала натрия. В умелых руках любой из этих методов может быть эффективным. Какой бы ни была конкретная техника, основные правила остаются неизменными: локус контроля остается у пациента, а выбор темпа и графика сеансов должен тщательно продумываться, чтобы техника раскрытия воспоминаний интегрировалась в общую архитектуру психотерапии.

Это тщательное структурирование применимо даже к распорядку самого сеанса. Ричард Клафт, работающий с пациентами с расстройством множественной личности, выражает этот принцип в виде «правила третьих долей». Если предстоит сделать «грязную работу», ее следует начинать в первой трети сеанса, иначе она окажется отложенной на потом. Активное исследование выполняется во второй трети сеанса, а последнюю треть оставляют для того, чтобы пациент мог заново сориентироваться и успокоиться²⁶.

В работе с пережившими длительную повторяющуюся травму непрактично подходить к каждому воспоминанию как к отдельной единице. Эпизодов просто-напросто слишком много, и похожие воспоминания нередко сливаются в одно. Однако несколько характерных и особенно значимых инцидентов обычно выделяются на общем фоне. Реконструкция травмы часто опирается в основном на такие парадигматические случаи, принимая во внимание, что один эпизод олицетворяет многие.

Позволить одному случаю представлять многие — эффективная техника для создания нового понимания и смысла. В то время как поведенческие техники, такие как имплозивная терапия, доказали свою эффективность в облегчении сильных реакций на воспоминания о единичных травмирующих событиях, эти методы значительно менее эффективны в работе с продолжительным неоднократным травмирующим опытом. Этот контраст очевиден в случае пациентки, о которой пишет психиатр Арье Шалев. Она обратилась

за лечением после автомобильной аварии с симптомами простого посттравматического стрессового расстройства. Кроме того, у нее была история неоднократного насилия в детстве. Стандартное поведенческое лечение успешно облегчило ее симптомы, связанные с аварией. Однако этот подход плохо показал себя в задаче облегчения чувств пациентки по поводу ее детской травмы: для этого потребовалась продолжительная психотерапия²⁷.

Психологические изменения, от которых страдают хронически травмированные люди, часто бывают обширными. Люди, неоднократно подвергавшиеся жестокому обращению в детстве, могут испытывать трудности с нормальным сном, питанием или эндокринными циклами, у них могут развиваться разнообразные соматические симптомы и нарушения в восприятии боли. Поэтому есть вероятность, что некоторые люди, пережившие хроническое насилие, будут продолжать страдать частью физиологических нарушений даже после полной реконструкции нарратива травмы. Эти выжившие нуждаются в особом внимании к их физиологическим симптомам. Иногда может оказаться необходимым систематическое переформирование нежелательных реакций на стимулы на желательные или длительное медикаментозное лечение. Эта область терапии пока остается практически полностью экспериментальной²⁸.

Оплакивание травматической утраты

Травма неизбежно влечет за собой утраты. Даже те, кому повезло избежать серьезных физических повреждений, все равно теряют внутренние психологические структуры «я», связанные с безопасной привязанностью к другим. Те, кто пострадал физически, вдобавок утрачивают чувство телесной неприкосновенности. А те, кто потерял важных для себя людей, сталкиваются с пустотой, образовавшейся в отношениях с друзьями, родственниками или обществом. Травматические потери разрывают обычную связь поколений и отрицают обычные социальные договоренности о тяжелой утрате. Таким образом, рассказывание истории травмы неизбежно погружает выживших в чувство глубокой скорби. Поскольку столь многие утраты остаются не замеченными или не признанными обществом, привычные ритуалы оплакивания приносят мало утешения²⁹.

Переход к оплакиванию — одновременно самая необходимая и самая пугающая задача этой стадии восстановления. Пациенты часто боятся, что эта задача непосильна, что стоит им позволить себе начать скорбеть — и они никогда не останутся. Даниели приводит слова 74-летней вдовы, пережившей холокост:

«Даже если потребуется один год, чтобы оплакать каждую потерю, и даже если я доживу до 107 лет [и проведу траур по всем членам своей семьи], что мне делать с остальными шестью миллионами?»³⁰

Выжившие часто сопротивляются оплакиванию — не только из страха, но и из гордости. Они могут сознательно отказываться скорбеть, таким образом отказывая совершившим над ними насилие преступникам в победе. В этом случае важно переформулировать значение скорби как акта мужества, а не унижения. Насколько человек неспособен скорбеть, настолько он оторван от части себя и лишен важного аспекта исцеления. Возвращение способности ощущать полный спектр эмоций, включая скорбь, должно пониматься как акт сопротивления, а не подчинения намерениям преступника. Только через оплакивание всего, что они утратили, пациенты могут обнаружить в себе несокрушимую внутреннюю жизнь. Одна женщина, пережившая насилие в детстве, рассказывает о том, как она впервые стала ощущать скорбь:

«К тому времени, как мне исполнилось пятнадцать, мне все осточертело. Я была холодной, изворотливой маленькой сучкой. Я прекрасно выживала без утешения и привязанностей; меня это не волновало. Никто не мог заставить меня плакать. Если мать вышвыривала меня из дома, я просто отряхивалась и шла ночевать в сундуке в коридоре. Даже когда эта женщина била меня, ей не удавалось довести меня до слез. Я ни разу не заплакала, когда меня бил муж. Он сшибал меня на пол, а я поднималась за новой порцией. Чудо, что я осталась в живых. На терапии я плакала больше, чем за всю свою жизнь. Я никогда не доверяла достаточно ни одному человеку, чтобы позволить ему видеть, как я плачу. Даже вам — до последних двух месяцев. Вот, я это сказала! Заявление года!»³¹

Поскольку оплакивание — такая трудная задача, сопротивление ему является, пожалуй, самой распространенной причиной застоя на второй стадии восстановления. Сопротивление оплакиванию может принимать множество разных обликов. Чаще всего оно проявляется как фантазия о магическом избавлении от травмы через месть, прощение или компенсацию.

Фантазия о мести часто бывает зеркальным отображением травматического воспоминания, в котором преступник и жертва меняются ролями. Часто она характеризуется абсурдностью, неподвижностью и бессловесностью — теми же качествами, что и само травматическое воспоминание. Фантазия о мести — одна из форм стремления к катарсису. Жертва воо-

бражает, что сможет избавиться от ужаса, стыда и боли травмы, отомстив преступнику. Стремление к мести также вырастает из чувства полной беспомощности. В своей униженной ярости жертва воображает, что месть — единственный способ восстановить ее чувство власти над происходящим и собой. Она также может представлять, что это единственный способ заставить преступника признать ущерб, который он ей нанес.

Хотя травмированному человеку представляется, что месть принесет облегчение, в действительности повторяющиеся фантазии о ней лишь усиливают его муки. Свирепые, полные ярких образов фантазии о мести могут быть столь же возбуждающими, пугающими и интрузивными, как и образы изначальной травмы. Они усугубляют чувство ужаса жертвы и принижают ее представления о себе. Они заставляют ее чувствовать себя чудовищем. Они также сильно разочаровывают, поскольку месть никоим образом не способна изменить содеянное или компенсировать нанесенный ущерб. Люди, которые вершат акты мести в реальности, — например ветераны, которые отвечают жестокостью на жестокость, — не добиваются успеха в избавлении от своих посттравматических симптомов; напротив, они потом страдают от еще более тяжелых нарушений, которые сложнее исцелить³².

Во время процесса оплакивания выжившей предстоит примириться с невозможностью поквитаться с обидчиком. Когда она выпускает гнев в безопасной обстановке, беспомощная ярость постепенно сменяется более мощной и удовлетворительной формой гнева — праведным негодованием³³. Эта трансформация позволяет выжившей освободиться из тюрьмы фантазий о мести, в которой она заперта наедине с преступником. Она дает ей способ вернуть себе чувство власти, не становясь преступницей самой. Отказ от фантазий о мести не означает отказа от поисков справедливости; напротив, он начинает процесс воссоединения с другими с целью призвать совершившего насилие к ответу за его преступления.

Испытывая отвращение к фантазии о ненависти, некоторые выжившие пытаются полностью избавиться от негодования с помощью фантазии о прощении. Эта фантазия, как и ее прямая противоположность, является попыткой восстановить власть над своей жизнью. Выжившие представляют, что могут стать выше своей ярости и избавиться от воздействия травмы и ее последствий путем волевого, дерзкого акта любви. Но изгнать травму невозможно ни ненавистью, ни любовью. Как и жажда мести, фантазия о прощении часто превращается в жестокую пытку, потому что ее воплощение остается недостижимым для большинства людей. Народная мудрость гласит, что прощение — удел божий. И даже божественное прощение в большинстве религий не является безусловным. Истинное прощение не может быть даровано до тех пор, пока преступник не будет изобличен и не заслужит его путем исповеди, раскаяния и возмещения ущерба.

Истинное раскаяние преступника — большая редкость. К счастью, выжившим необязательно его дожидаться. Их исцеление зависит от открытия живительного источника любви в их собственных жизнях; и во все не обязательно распространять эту любовь на абьюзера. Излив свою скорбь, выжившие могут с удивлением обнаружить, насколько неинтересен стал для них преступник и как мало их беспокоит его судьба. Они могут даже ощутить некоторую печаль и сострадание к нему, но это усталое чувство не то же самое, что прощение.

Фантазия о компенсации, как и фантазии о мести и прощении, часто становятся непреодолимым препятствием на пути к оплакиванию. Часть проблемы заключается в самой легитимности стремления к компенсации. Поскольку с выжившими обошлись несправедливо, они, разумеется, считают, что имеют право на какую-то форму компенсации. Стремление к справедливой компенсации часто является важной частью восстановления. Однако оно также представляет собой потенциальную ловушку. Длительная бесплодная борьба за то, чтобы вырвать компенсацию у преступника или общества, может стать барьером, преграждающим осознание реальности утраты. Оплакивание — единственный способ воздать утрате должное; никакой адекватной компенсации не существует.

Фантазия о компенсации часто подогревается стремлением к победе над преступником, которая изгладит унижение травмы. При подробном исследовании такой фантазии обычно проясняются психологические компоненты, которые значат для пациента больше, чем любая материальная выгода. В качестве компенсации может выступать публичное признание ущерба, извинения или унижение обидчика. Хотя в фантазии пациент таким образом возвращает власть над своей жизнью, в реальности борьба за компенсацию связывает его судьбу с судьбой преступника; выздоровление оказывается в зависимости от воли и прихотей последнего. Как ни парадоксально, выжившие могут освободиться от влияния абьюзера, только отказавшись от надежды получить от него какую-либо компенсацию. В ходе оплакивания пациент приходит к идее более общего и абстрактного процесса возмещения ущерба, который позволяет ему настаивать на справедливости, не вручая при этом преступнику власти над своей жизнью. Случай Линн, 28-летней женщины, пережившей инцест, показывает, как фантазия о компенсации затормозила прогресс выздоровления:

«Линн пришла в психотерапию с историей многочисленных госпитализаций из-за попыток самоубийства, самоповреждения и анорексии. Ее симптомы стабилизировались после того, как была проведена связь между саморазрушительным поведением и историей насилия в дет-

стве. Однако после двух лет стабильного улучшения пациентка явно зашла в тупик. Она начала отпрашиваться с работы, отменять терапевтические сеансы, сторониться друзей и дни напролет проводила в постели.

Исследование этого тупика обнаружило, что, по сути дела, Линн устроила “забастовку” против отца. Теперь, когда она больше не винила себя за инцест, ее глубоко возмущал тот факт, что отец так и не был привлечен к ответственности. Она рассматривала свою затянувшуюся депрессию как единственный возможный способ заставить отца расплатиться за его преступления. Женщина высказала свою фантазию о том, что, если она будет слишком больна, чтобы работать, отцу придется заботиться о ней и в итоге пожалеть о том, что он сделал.

Терапевт спросил Линн, сколько лет она готова ждать осуществления этой мечты. В ответ Линн залилась слезами. Она оплакивала все то время, которое уже потеряла в ожидании и надежде на признание отца, что он был не прав. Скорбя, она приняла решение больше не терять драгоценного времени в бесплодной борьбе и возобновила активное участие в собственной терапии, работе и социальной жизни».

Пострадавшие люди могут стремиться получить компенсацию не только от преступника, но и от реальных или символических свидетелей. Требование компенсации может предъявляться к обществу в целом или одному конкретному человеку. Оно может казаться чисто экономическим (например, требование признания инвалидности), но неизбежно включает и важные психологические компоненты.

В ходе терапии пациент может сфокусировать требование компенсации на терапевте. Он может возмущаться ограничениями и обязанностями терапевтического контракта, настаивать на каком-то особом отношении. В основе этих требований лежит фантазия о том, что лишь беспредельная любовь терапевта способна возместить ущерб, нанесенный травмой. Случай Оливии, 36-летней женщины, пережившей насилие в детстве, демонстрирует, как фантазия о компенсации приняла форму требования физического контакта:

«Во время психотерапии Оливия начала раскрывать травмирующие воспоминания. Она утверждала, что сможет вынести собственные чувства только в том случае, если будет сидеть на коленях у терапевта,

а он будет обнимать ее, как ребенка. Когда терапевт ответил отказом на том основании, что прикосновение нарушит границы их рабочих отношений, Оливия пришла в ярость. Она обвинила терапевта в том, что он отказывает ей в той единственной вещи, которая могла бы принести выздоровление. Оказавшись в безвыходном положении, он предложил консультацию с другим специалистом.

Тот поддержал стремление Оливии к объятиям и физическому контакту, но поинтересовался, почему она думает, что самым подходящим человеком для исполнения этого желания является ее терапевт, а не возлюбленный или друг. Оливия расплакалась. Она боялась, что настолько нездорова, что никогда не сможет рассчитывать на взаимность в отношениях. Она чувствовала себя “бездонной ямой” и опасалась, что рано или поздно истощит терпение всех окружающих своими бесконечными требованиями. Оливия не осмеливалась пойти на риск физической близости в равноправных отношениях, поскольку полагала, что не способна ни дарить, ни принимать любовь. Только “удочерение” со стороны безотказного терапевта могло исцелить ее.

Консультант предложил сфокусировать терапию на оплакивании ущерба, нанесенного способности пациентки любить. Изливая свое горе, Оливия обнаружила, что все-таки не является “бездонной ямой”. Она начала понимать, что ее общительная натура выжила, и в ней родилась новая надежда на возможность близких отношений. Оливия обнаружила, что способна обмениваться объятиями с друзьями, и перестала требовать их от своего терапевта».

К сожалению, терапевты иногда поддерживают нереалистичные фантазии своих пациентов о возмещении ущерба. Одним лестно, когда их наделяют недюжинными целительными способностями, для других слишком соблазнительно испробовать магическое исцеление наложением рук. Однако после того как эта граница пересечена, терапевт уже не может сохранять непредвзятую профессиональную позицию — и глупо думать, что это в принципе возможно. Нарушение границ в конечном итоге ведет к эксплуатации пациента, даже если оно поначалу совершается с благими намерениями.

Лучший способ, которым терапевт может выполнить свои обязательства перед пациентом, — это быть свидетелем его истории, а не обращаться с ним как с ребенком и баловать особым отношением. Хотя выжившая не несет ответственности за нанесенную ей травму, она ответственна за свое восстановление. Как ни парадоксально, принятие этой явной неспра-

ведливости — начало восстановления авторства в своей жизни и власти над ней. Единственный способ обнаружить в себе сохранившиеся силы — использовать их во всей полноте.

Принятие ответственности имеет дополнительный смысл для выживших, которые сами причиняли вред другим либо в порыве отчаяния, либо в результате деградации, вызванной лишением свободы. Ветераны боевых действий, совершавшие акты насилия, могут считать, что своими поступками исключили себя из цивилизованного общества. Политические заключенные, предававшие других под пытками, или жертвы домашнего насилия, не сумевшие защитить своих детей, могут полагать, что совершили худшие преступления, чем сами преступники. Хотя они способны прийти к пониманию, что такое предательство отношений было совершено ими в экстремальных обстоятельствах, это понимание не избавляет полностью от глубоких чувств вины и стыда. Выжившим необходимо оплакать утрату своей моральной невинности и найти способ раскаяться в том, чего уже не исправить. Эта форма компенсации никоим образом не извиняет того, кто подталкивал их к преступлениям; напротив, она подтверждает утверждение выжившими своего права на моральный выбор в настоящем. Случай Рене иллюстрирует, как пациентка предприняла шаги для исправления того вреда, за который чувствовала себя ответственной.

«Рене, 40-летняя разведенная женщина, обратилась за терапией после того, как после 20 лет брака бежала от мужа, неоднократно избивавшего ее на глазах детей. Во время терапии она смогла оплакать утрату своего брака, но погрузилась в глубокую депрессию, осознав, как многолетняя атмосфера насилия воздействовала на ее сыновей-подростков. Мальчики сами стали вести себя с матерью агрессивно и дерзко. Пациентка была не способна установить никакие границы в общении с ними, потому что ей казалось, что она заслужила их презрение. По собственной оценке, Рене не справилась с ролью матери и теперь было слишком поздно исправлять причиненный вред.

Терапевт признала, что у Рене вполне могли быть причины для чувств вины и стыда. Однако она заметила, что, позволив сыновьям плохо себя вести, женщина лишь увеличит нанесенный ущерб. Если Рене действительно хочет загладить вину перед детьми, она не имеет никакого права махнуть рукой на них или на себя. Ей придется научиться завоевывать их уважение и принуждать к дисциплине без применения насилия. Рене согласилась пойти на курсы по воспитанию для родителей, чтобы компенсировать сыновьям нанесенный ущерб».

В этом случае недостаточно было просто сказать пациентке, что она сама была пострадавшей и что вся вина за побои лежит целиком на ее муже. Пока женщина видела в себе только жертву, ей казалось, что она не в силах взять на себя ответственность за ситуацию. Признание собственной ответственности по отношению к детям открыло ей путь к присвоению власти и контроля. Акт возмещения ущерба позволил этой женщине заново утвердить свой родительский авторитет.

Пережившие хроническую травму в детстве сталкиваются с задачей оплакивания не только того, что было утрачено, но и того, чего у них никогда не было. Украденное детство не подлежит возмещению. Они должны оплакать утрату фундамента базового доверия — веру в доброго родителя. Придя к пониманию, что не виноваты в своей судьбе, они сталкиваются с тем самым экзистенциальным отчаянием, которому не смели взглянуть в лицо в детстве. Леонард Шенгольд формулирует центральный вопрос этой стадии оплакивания следующим образом:

«Как может человек выжить без внутреннего образа любящих родителей?.. Каждого, у кого вырвали душу, будет ввергать в отчаяние вопрос: “Есть ли жизнь без отца и матери?”»³⁴

Конфронтация с отчаянием приносит с собой возросший (как минимум на какое-то время) риск самоубийства. В противоположность импульсивной саморазрушительности на первой стадии восстановления суицидальность пациента на второй стадии может исходить из спокойного, рационального решения отвергнуть мир, в котором возможны такие ужасы. Пациенты могут вступать в абстрактные философские дискуссии о своем праве на самоубийство. В таких случаях категорически необходимо выйти за пределы интеллектуализаций и заняться мыслями и фантазиями, питающими отчаяние пациента. Часто у пациентов присутствует фантазия, что они *уже* принадлежат миру мертвых, поскольку их способность к любви уничтожена. Во время этого низвержения в бездну отчаяния человека может поддержать малейшее доказательство его способности создавать любящие связи.

Признаки неуничтоженной способности к любви часто обнаруживаются путем обращения к утешительным образам. Почти всегда можно найти некий образ привязанности, уцелевший среди развалин. Одно позитивное воспоминание о любящем, утешающем человеке может стать спасательным кругом во время погружения в оплакивание. Способность пациента ощущать сострадание к животным или детям, пусть даже на расстоянии, может родить хрупкий росток сострадания к себе. Работа

оплакивания приносит свои плоды, когда выжившая сбрасывает озлобленную, стигматизированную идентичность и осмеливается надеяться на новые отношения, в которых ей больше не придется ничего скрывать.

Целительная сила оплакивания и выдающаяся человеческая способность к возрождению даже после самых тяжелых утрат очевидны в отчете о лечении миссис К., пережившей холокост:

«Поворотный момент в лечении миссис К. настал, когда она “исповедалась” в том, что была замужем и родила в гетто ребенка, которого отдала нацистам. Чувства вины, стыда и ощущение “запачканности” усугублялись тем, что после освобождения “доброжелатели” предупредили женщину, что, если она расскажет об этом своему новому жениху, тот ни за что на ней не женится. Ребенка, которого она два с половиной года носила на себе и берегла в самых чудовищных, нечеловеческих условиях, вырвали из ее рук и убили, когда он заплакал у нее под робой и тем самым выдал себя нацистскому офицеру...

Родственники К. начали общаться с ней и делиться своими историями. Однако потребовалось шесть месяцев терпеливых просьб к пациентке снова и снова рассказывать описанную историю... прежде чем она смогла завершить свой рассказ о гетто словами “и они забрали у меня ребенка”. После этого она начала постепенно “оттаивать” от апатии и ощущать отсутствовавшие до этого... эмоции боли и скорби...

Процесс исцеления миссис К. в значительной мере опирался на источники доброты и силы, присутствовавшие в ее жизни до и во время войны. Например, ее бойкий характер в детстве, способность грезить о том, как ее утешает бабушка, когда она утратила надежду в лагере, ее человеческая теплота, интеллект, замечательное чувство юмора и вернувшееся ощущение удовольствия... Ее способность и желание любить были воскрешены... Официально завершившая терапию, миссис К. говорит: “Я получила себя обратно, всю целиком... [Прежде] я не гордилась. Теперь горжусь. Есть некоторые вещи, которые мне не нравятся, но у меня есть надежда”»³⁵.

Вторая стадия восстановления отличается вневременностью; это качество, которое пугает. Реконструкция травмы требует погружения в прошлый опыт, застывший во времени; погружение в оплакивание ощущается как капитуляция перед слезами, которые, кажется, никогда не кончатся. Пациенты часто спрашивают, как долго будет длиться этот болезненный процесс. Четкого ответа на этот вопрос быть не может — можно только

заверить пациента, что процесс нельзя ни обойти, ни поторопить. Он почти наверняка отнимет больше времени, чем надеется пациент, но не будет длиться вечно.

После множества повторений настает момент, когда пересказ истории травмы больше не вызывает таких сильных чувств. Она становится частью опыта выжившей — но именно *одной* его частью. Эта история — лишь воспоминание, такое же как другие, и оно начинает выцветать так же, как выцветают все остальные воспоминания. Скорбь тоже начинает терять свою яркость. Выжившей приходит в голову, что травма, вероятно, не самая важная, а может быть, даже не самая интересная часть истории ее жизни.

Поначалу эти мысли могут казаться почти еретическими. Выжившая может задаться вопросом: как воздать должное пережитому ужасу, если она больше не посвящает свою жизнь воспоминаниям и скорби? И все же она ловит себя на том, что ее внимание переключается на обычную жизнь. Нет нужды беспокоиться. Она никогда не забудет. Пока она жива, она будет думать о травме каждый день. Но настает момент, когда травма больше не требует для себя центрального места в ее жизни. Пережившая изнасилование Сохайла Абдулали вспоминает неожиданный момент во время занятия о повышении осведомленности о сексуальном насилии, которое она вела:

«Одна из женщин спросила меня, что самое ужасное в изнасиловании. И я вдруг посмотрела на нее и сказала, что больше всего мне в нем ненавистно то, что это *скучно*. Мои слушательницы были явно шокированы, а я пояснила: не поймите меня неправильно. Это было ужасно. Я не говорю, что мне было скучно, когда это происходило. Просто дело в том, что прошли годы, и мне это больше не интересно. Это очень интересно первые 50 или 500 раз, когда у тебя проявляются одни и те же фобии и страхи. Больше я уже не могу себя так накручивать»³⁶.

Реконструкция травмы никогда не завершается полностью; новые конфликты и испытания на каждой новой стадии жизненного цикла неизбежно пробуждают травму и подчеркивают какой-то новый аспект травмирующего опыта. Однако основная работа второй стадии завершена, когда пациентка возвращает себе свою историю и чувствует прилив обновленных надежды и сил, чтобы включиться в свою жизнь. Время вновь начинает двигаться. Когда «акт рассказывания истории» подходит к завершению, травмирующее переживание уходит в прошлое по-настоящему. В этот момент выжившая переходит к задачам восстановления своей жизни в настоящем и реализации стремлений в будущем.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СВЯЗЕЙ

Примирившись с травматическим прошлым, выжившая сталкивается с задачей создания будущего. Она оплакала свое прежнее «я», уничтоженное травмой; теперь она должна выстроить новое «я». Ее отношения прошли проверку травмой и навсегда изменились; теперь она должна создать новые отношения. Прежним убеждениям, придававшим смысл ее жизни, был брошен вызов; теперь она должна заново найти веру, которая будет поддерживать ее. Это задачи третьей стадии восстановления. Добиваясь успеха в этой работе, выжившая возвращает себе свой мир.

Пострадавшие, чью личность сформировала травмирующая среда, на этой стадии восстановления нередко чувствуют себя беженцами, прибывшими в новую страну. У политических беженцев это буквально так и происходит; но и для многих других, например женщин, подвергавшихся домашнему насилию, или людей, переживших насилие в детстве, этот психологический опыт сравним только с иммиграцией. Они должны строить новую жизнь в культуре, радикально отличающейся от той, которую оставили в прошлом. Покинув среду тотального контроля, они одновременно ощущают и чудо, и неопределенность свободы. Они говорят о том, что потеряли и заново обрели мир. Психиатр Майкл Стоун, опираясь на свою работу с пережившими инцест, описывает важность задачи адаптации:

«Все жертвы инцеста по определению научены, что сильный может поступать, как ему вздумается, не думая о нормах... Часто [таким пациентам] необходимо *переучивание*, опирающееся на то, что считается типичным, средним, здоровым и «нормальным» в интимной жизни обычных людей. Жертвам инцеста обычно катастрофически не хватает знаний в этих вопросах — таково воздействие искаженной и скрытной среды их детства. Они, хоть и виктимизированные в родных семьях, “благополучно” вырвавшись на свободу, словно оказываются пришельцами в чужой стране»¹.

На третьей стадии восстановления нередко вновь пересматриваются проблемы первой стадии. Выжившая снова направляет энергию на заботу о своем теле, непосредственное окружение, материальные потребности и отношения с другими. Но если на первой стадии цель заключается в том, чтобы просто обеспечить чувство базовой безопасности, то к третьей стадии пациентка готова более активно взаимодействовать с миром. Со своей недавно созданной базы безопасности она может теперь отважиться двигаться дальше. Она может разработать программу действий. Может вернуться к своим мечтам и желаниям, существовавшим у нее до травмы, или даже впервые в жизни обнаружить, что у нее есть свои собственные мечты и желания.

Беспомощность и изоляция — ключевые переживания психологической травмы. Авторство в своей жизни и восстановление связей — ключевые переживания восстановления. На третьей стадии восстановления травмированный человек признает, что был жертвой, и понимает эффекты своей виктимизации. Теперь он готов интегрировать уроки травмирующего опыта в жизнь. Он готов предпринимать конкретные шаги, чтобы усиливать свое чувство власти и контроля, защищать себя от будущей опасности и укрепить союз с теми, кому научился доверять. Одна женщина, пережившая сексуальное насилие в детстве, описывает свой приход к этой стадии следующим образом:

«Я решила: “Ладно, хватит вести себя так, будто я готова зверски убить любого, кто не так на меня посмотрит. Я больше не обязана испытывать эти чувства”. А потом подумала: “А как бы я хотела себя ощущать?” Я хотела ощущать себя в безопасности в этом мире. Я хотела чувствовать себя обладающей властью. И поэтому сосредоточилась на том, что у меня хорошо получалось, на способах, которыми я брала власть в реальных ситуациях»².

Научиться бороться

«Взять власть» в реальных жизненных ситуациях часто означает вместе с тем принять сознательное решение встретить опасность лицом к лицу. К началу этой стадии восстановления выжившие уже понимают, что их посттравматические симптомы представляют собой патологическое преувеличение нормальных реакций на опасность. Они часто остро осознают свою никуда не девшуюся уязвимость перед угрозами и напоминаниями о травме. Но вместо того чтобы терпеть эти повторяющиеся пережива-

ния, люди с травмирующим опытом могут решить активно взаимодействовать со своими страхами. На каком-то уровне это решение — сознательно подвергнуться опасности — можно понять как очередную реконструкцию травмы. Как и настоящая реконструкция, это решение является попыткой взять верх над травмирующим переживанием; однако в отличие от первого второе осуществляется сознательно, методично, согласно составленному плану и потому имеет больше шансов на успех.

Для тех, кто никогда не изучал основы самообороны, приобретение этих навыков может стать как методом обретения психологического контроля, так и способом перепрограммировать физиологические реакции на стимулы. Для женщин такое обучение также является формой выражения отказа подчиняться диктату общества, требующего от них воплощения покорной, послушной позиции «традиционной женственности». Мелисса Соулт, терапевт и инструктор курсов самообороны для женщин, рассказывает, как ее программа подготовки восстанавливает стандартную реакцию на угрозу с помощью серии упражнений, в которых инструктор имитирует все более агрессивные формы нападения, а участницы программы учатся их отражать:

«Наша цель — сделать так, чтобы они [женщины] ощущали вкус страха, но при этом знали, что, несмотря на это, смогут дать отпор. К концу первого занятия ощущение силы начинает перевешивать страх — или, по крайней мере, идет с ним вровень. У них начинает развиваться толерантность к адреналину. Они привыкают к ощущению учащенного сердцебиения. Мы учим их дышать, успокаиваться под давлением...

Четвертое занятие часто бывает самым напряженным... Оно включает в себя по-настоящему долгий бой, когда условный противник все нападает, и нападает, и нападает. [Учащиеся] доходят до той точки, когда им кажется, что они *не могут* больше держаться, но *должны* это делать. И так они обнаруживают, что их запас сил больше, чем им представлялось, даже когда они выходят из этого боя изнуренными, плачущими и трепещущими, как лист на ветру. Это очень важный прорыв»³.

Решая «попробовать вкус страха» на занятиях по самообороне, выжившие создают для себя возможность реконструкции нормальных физиологических реакций на опасность, восстановления «системы действия», которая была разрушена и раздроблена на фрагменты травмой. В итоге они с большей уверенностью встречаются с миром:

«Они не опускают головы, дышат свободнее, спокойнее смотрят в глаза, чувствуют себя более устойчиво... [Учащиеся] говорят, что теперь, идя по улице, больше смотрят на прохожих, а не пугливо упираются взглядом в землю»⁴.

Столь же важными на этой стадии восстановления могут быть и другие формы контролируемых ситуаций страха. Например, некоторые программы лечения или группы самопомощи в качестве тщательно продуманной, запланированной встречи с опасностью предлагают отправиться в поход. Эти организованные активности дают возможность реструктурировать неадаптивные социальные реакции выживших, а также их физиологические и психологические реакции на страх. По словам Джин Гудвин, принимавшей в качестве терапевта участие в таких походах с людьми, пережившими насилие в детстве, «магические или невротические средства обеспечения собственной безопасности в этой обстановке не работают. Быть милой, ничего не требовать, “сливаться с мебелью”, выдвигать чрезмерные и нарциссические требования, ждать спасителя — ни одним из этих способов не добиться появления завтрака на столе. С другой стороны, участницы удивляются и радуются эффективности своих реалистичных способов справляться со сложностями. В реальности они способны научиться спускаться по веревке с утеса; их взрослые навыки... перевешивают страх и низкую самооценку, которые в начале пути заставляли их считать это невозможным»⁵.

В обстановке дикой природы, как и на занятиях по самообороне, пережившие травму люди сознательно ставят себя в положение человека, реагирующего на опасность в стиле «бей или беги», зная, что выберут первое. Таким образом, они добиваются некоторого контроля над своими телесными и эмоциональными реакциями и возвращают себе ощущение силы и власти над своей жизнью. Не все опасности заставляют замереть; не каждый страх — это ужас. Добровольно подвергая себя опасности, выжившая заново изучает градации страха. Цель таких действий не уничтожить страх полностью, а научиться жить с ним и даже использовать как источник энергии и познания.

На этом этапе выжившие не только стремятся к конфронтации с физической опасностью. Они также часто проводят переоценку характерных для себя копинговых стратегий в социальных ситуациях, возможно, не несущих открытой угрозы, но тем не менее враждебных или неявно принудительных. Они могут ставить под сомнение свои прежние воззрения, которые позволяли им мириться с одобряемым обществом насилием или эксплуатацией. Женщины сомневаются в традиционном

принятии подчиненной роли. Мужчины сомневаются в традиционном соучастии в иерархии доминирования. Часто эти допущения и способы поведения были настолько глубоко укоренены, что действовали помимо сознания. Марди Горовиц, описывая третью стадию психотерапии с женщиной, пережившей изнасилование, показывает, как пациентка пришла к осознанию, что стереотипные женские установки и поведение подвергли ее риску:

«Одной из этих бессознательных установок до стрессового события была уверенность в том, что эротический подход — единственный способ добиться внимания, поскольку сама по себе она его ни капельки не заслуживает. Работая над осмыслением изнасилования, она начала осознавать это ущербное представление о себе и связанные с ним фантазии о спасении. Она сумела пересмотреть свои установки, включая автоматические и нереалистичные ожидания, что люди, занимающие доминирующую позицию, почувствуют вину за то, что эксплуатировали ее, и, движимые этим чувством вины, станут с ней заботливыми и нежными»⁶.

Не будет лишним напомнить, что выжившая должна иметь возможность при желании изучать аспекты собственной личности или поведения, которые сделали ее уязвимой для эксплуатации, но лишь после того как будет со всей ясностью установлено, что за преступление несет ответственность преступник — и только он один. Честное исследование слабостей и ошибок травмированного человека может быть предпринято только в среде, которая защищает его от осуждения и пристыживания. В противном случае оно становится всего лишь еще одной практикой обвинения жертвы. Роберт Джей Лифтон в своей работе с ветеранами войны во Вьетнаме проводит четкое различие между деструктивностью самообвинения, которому мужчины подвергали себя в начале, и конструктивным самоизучением, которое впоследствии развивалось в среде их дискуссионного кружка:

«Я был поражен тем, какое значение эти мужчины... придавали ответственности и силе воли. Свободно критикуя армейское и политическое руководство, общественные институты, пропагандирующие милитаризм и войну, они неизменно возвращались к осуждению себя за то, что они сами добровольно в это ввязались... Они подчеркивали, что сделали это... по самым глупым причинам. Но при этом подразумевалось, что это они выбрали армию и войну, а не война и армия выбрали

их. Однако нельзя было списать их самоосуждение исключительно на счет остаточного чувства вины; скорее, это было выражением усилий по углублению и расширению “я” до самых дальних пределов автономности»⁷.

Распознав у себя навязанные обществом воззрения, сделавшие их уязвимыми к эксплуатации в прошлом, выжившие могут определить и источники продолжающегося социального давления, которое ограничивает их ролью жертвы в настоящем. Как они преодолевают собственные страхи и внутренние конфликты, так должны преодолеть и это внешнее давление; в противном случае они продолжают подвергаться символическим повторениям травмы в повседневной жизни. В то время как на первой стадии восстановления проблема враждебности социума решается в основном путем ухода в защищенную среду, на третьей стадии выжившие могут захотеть по собственной инициативе вступить в конфронтацию с другими. Именно в этот момент они готовы раскрыть свои секреты, бросить вызов безразличию или молчанию свидетелей и обвинить своих обидчиков.

Выжившие, выросшие в абьюзивных семьях, часто годами подчинялись семейному правилу молчания. Продолжая защищать семейную тайну, они несут на себе чужое бремя. На этом этапе восстановления они могут выбрать объявить своим родственникам, что бесповоротно отказываются от правила молчания. Этим поступком они снимают с себя груз стыда, вины и ответственности и перекладывают это бремя на плечи преступника, где ему и место.

Семейные конфронтации или разоблачения, когда они хорошо спланированы и осуществлены в подходящее время, способны создать мощный эффект возвращения власти и авторства в своей жизни. Подобные шаги не следует предпринимать, пока выжившая не почувствует себя готовой рассказать правду такой, какой она ее знает, не нуждаясь в подтверждении и не боясь последствий. Сила разоблачения заключается в самом акте рассказывания правды; как на это реагируют родственники — несущественно. Притом что подтверждение со стороны семьи может принести удовлетворение, разоблачение также может быть успешным даже в том случае, когда семья реагирует категорическим отрицанием или яростью. В этих обстоятельствах у выжившей есть возможность наблюдать за поведением родственников и расширить понимание того, с каким давлением ей пришлось столкнуться в детстве.

На практике семейные разоблачения или конфронтации требуют тщательной подготовки и внимания к деталям. Поскольку многие аспекты семейных взаимоотношений воспринимаются их членами как само

собой разумеющееся, динамика доминирования и подчинения часто возрождается в на вид самых простых актах взаимодействия. Выживших следует поощрять брать на себя активную роль в планировании предстоящего события и установлении ясных базовых правил. Для некоторых это совершенно новый опыт — быть автором правил, а не их исполнителем.

Необходимо также, чтобы выжившая четко представляла себе стратегию разоблачения, спланировав заранее, какую информацию она хочет раскрыть и кому именно. В то время как некоторые пережившие насилие люди желают встретиться лицом к лицу со своим обидчиком, намного больше тех, кто хочет раскрыть секрет непричастным к преступлению членам семьи. Выжившей следует рекомендовать рассмотреть возможность сначала обратиться к членам семьи, которые, скорее всего, отнесутся к ней с сочувствием, прежде чем переходить к столкновению с теми, кто может проявить устойчивую враждебность. Как и при овладении навыками самообороны, непосредственная вовлеченность в семейные конфликты часто требует упражнений с постепенно нарастающей сложностью, в процессе которых выжившая учится справляться со страхом на более простом уровне, прежде чем сознательно переходить к более высоким уровням его воздействия.

Наконец, выжившей важно предвидеть и планировать варианты возможных последствий разоблачения. Хотя ей может четко представляться желательный результат, она должна быть готова принять любой исход своих действий. За успешным разоблачением почти всегда следуют и подъем духа, и чувство разочарования. С одной стороны, выжившая удивлена собственными мужеством и отвагой, тем, что она решилась. Она больше не ощущает страха перед семьей и не чувствует себя обязанной принимать участие в деструктивных семейных отношениях. Она больше не скована секретностью. С другой стороны, она получает более отчетливое представление об ограниченности родственников. Одна женщина, пережившая инцест, так описывает свои чувства после того, как раскрыла эту тайну своей семье:

«Сначала я ощутила чувство успеха, заверченного дела, невероятного облегчения! Потом я почувствовала глубокую печаль и скорбь. Я испытывала невероятную боль, и не было слов, чтобы описать ее. Я плакала и не могла остановиться, сама не понимая почему. Со мной такого почти никогда не случается. Обычно я способна найти какое-то словесное описание для своих чувств. Но то состояние не поддается описанию — просто голое переживание. Утрата, скорбь и горевание — словно они умерли. Я не ощущала с их стороны ни надежды, ни ожиданий... Я знала, что с моей стороны не осталось ничего невысказанного.

Я не думала: “Ой, почему же я не сказала того-то или того-то?” Я выложила все, что хотела, так, как хотела. Я чувствовала, что покончила со всем этим, и была очень благодарна за длительное планирование, репетиции, выстраивание стратегий и т. д.

С тех пор я чувствую себя свободной... Я ощущаю НАДЕЖДУ! Я чувствую, что у меня есть будущее! Я чувствую себя «заземленной», не так, будто я сумасшедшая или под кайфом. Когда мне грустно — мне грустно; когда я злюсь — я злюсь. Я понимаю, что впереди будут тяжелые времена и трудности, зато я знаю, что у меня есть я. Теперь все иначе. И это совершенно не так, как я себе представляла, все совсем по-другому. Я всегда хотела этой свободы и всегда боролась за нее. Теперь борьба окончилась — бороться больше не с кем, — она просто стала моей»⁸.

Примирение с собой

Это простое утверждение — «я знаю, что у меня есть я» — могло бы стать девизом третьей и заключительной стадии восстановления. Выжившая больше не чувствует, что травматическое прошлое владеет ей; она владеет собой. Она обрела некоторое понимание той личности, которой когда-то была, и ущерба, нанесенного этой личности травмирующим событием. Теперь ее задача — стать той личностью, которой она хочет быть. В процессе становления она опирается на свои наиболее ценные качества и стороны, которые проявлялись до травмы, непосредственно во время травматического переживания и в период восстановления. Интегрируя все эти составляющие, она создает новое «я» — как идеальное, так и реальное, воплощающееся в действительности.

Воссоздание идеального представления о своем «я» включает активное применение воображения и фантазии — способностей, освобожденных от влияния травмы. На предыдущих стадиях воображение выжившей было захвачено повторением травмирующего события и ограничено чувством безнадежности и тщетности. Теперь у нее есть возможность вернуть былые надежды и мечты. Вначале она может избегать этого, опасаясь боли разочарования. Требуется мужество, чтобы выйти за пределы ограниченной позиции жертвы. Но так же как выжившая находила в себе мужество, чтобы встретиться со своими страхами, ей необходимо найти в себе смелость и для того, чтобы определить свои желания. Пособие для подвергавшихся побоям женщин, перед которыми стоит задача восстановления своей жизни, объясняет, как вернуть себе утраченные стремления:

«Теперь настало время подняться над однообразием ваших дней и рискнуть испытать свои способности, ощутить то возвышенное чувство, которое рождается... ростом. Возможно, вас учили, что, мол, хоть все и хотят этого, всерьез рассчитывать на исполнение подобных желаний — подростковая глупость. Быть может, вы верите, что психологически зрелые люди должны остепениться, довольствоваться своей скучной жизнью и научиться жить с тем, что имеют. И действительно, возможно, сейчас было бы не слишком практично оживлять и стремиться воплотить свои девичьи мечты. Может быть, сейчас не лучшее время, чтобы отправиться в Голливуд (взяв с собой или оставив дома детей) в надежде стать звездой. Но не сбрасывайте со счетов эту — или любую другую — идею, пока не найдете веские причины... Если вы действительно “всю жизнь мечтали стать актрисой”, то не стоит уносить с собой в могилу сожаления о том, что вы этого так и не сделали. Найдите небольшой любительский театр и вступите в труппу»⁹.

Терапия в этот момент часто фокусируется на развитии желания и инициативы. Терапевтическая среда создает защищенное пространство, в котором можно дать волю фантазии. Кроме того, это полигон для воплощения фантазии в конкретные действия. Самодисциплину, освоенную на предыдущих стадиях восстановления, теперь можно объединить со способностями выжившей к воображению и игре. Это период проб и ошибок, время для того, чтобы учиться мириться с промахами и радоваться неожиданным успехам.

Овладение собой часто требует отказа от тех аспектов «я», которые навязаны травмой. Когда выжившая сбрасывает виктимизированную идентичность, она может заодно решить отказаться от тех составляющих, которые казались почти неразрывно связанными с ее сущностью. Опять же, этот процесс тестирует ее способности к фантазии и дисциплине. Женщина, пережившая инцест, рассказывает, как начала воплощать сознательную программу изменения своих устоявшихся сексуальных реакций на садомазохистские сценарии:

«Я дошла до точки, после которой действительно поняла, что это не мои фантазии. Они были навязаны мне посредством насилия. И постепенно я научилась испытывать оргазмы, не думая о садомазохизме, не представляя, что это мой отец что-то делает со мной. Отделив фантазию от чувства, я сознательно накладывала на это чувство другие мощные образы — например, зрелище водопада. Если кто-то может навязать тебе СМ, то и ты можешь заменить его водопадом. Я перепрограммировала себя»¹⁰.

Когда выжившие начинают смелее взаимодействовать с миром, их жизнь вместе с тем становится более обычной. Воссоединившись с собой, они чувствуют себя спокойнее и ощущают способность смотреть жизни в лицо, оставаясь в уравновешенном состоянии. Временами это мирное повседневное существование кажется странным — особенно тем, кто воспитывался в травмирующей обстановке и только недавно узнал, каково это — жить обычной, нормальной жизнью. Если раньше пострадавшим казалось, что обычная жизнь будет для них скучна, то теперь им наскучила жизнь жертвы и они готовы найти интерес в обычной. Женщина, пережившая сексуальное насилие в детстве, свидетельствует об этой перемене:

«Я — адреналиновая наркоманка. Меня охватывает уныние всякий раз, когда заканчивается очередной период напряженности. Из-за чего я теперь буду рыдать и закатывать сцены?.. Я рассматриваю это почти как наркотическую зависимость. Я стала зависимой от драматических чувств и адреналина. Мой отказ от этих переживаний был постепенным. Наконец я дошла до того момента, когда действительно начала понемногу ощущать простое удовольствие от жизни»¹¹.

По мере того как выжившие распознают те аспекты своих идентичностей, которые были сформированы травмирующей средой, и освобождаются от них, им легче начать прощать себя. Они более охотно признают ущерб, нанесенный их личности, когда перестают считать его невозполнимым. Чем активнее они занимаются переустройством своей жизни, тем великодушнее относятся к воспоминаниям о травмированном «я» и легче их принимают. Линда Лавлейс так размышляет о своем тяжелом опыте, когда ее принудили стать порноактрисой:

«Я теперь не так сурово сужу себя. Может быть, потому, что меня теперь поглощают заботы о трехлетнем сыне, муже, доме и двух кошках. Я оглядываюсь в прошлое, на ту Линду Лавлейс, и понимаю ее; я знаю, почему она делала то, что делала. Потому что она считала, что лучше жить, чем умереть»¹².

Кроме того, на этом этапе выжившая порой обнаруживает позитивные аспекты своего «я», сформированные травмирующим опытом, понимая при этом, что любое подобное преимущество досталось ей слишком дорогой ценой. Обретя большую власть над своей жизнью в настоящем, выжившая приходит к более глубокому пониманию того, насколько она была лишена ее в травмирующей ситуации, а значит, и к умению больше

ценить собственные адаптивные ресурсы. Например, она может начать восхищаться способностью сознания к диссоциации, если применяла ее, чтобы справиться с ужасом и беспомощностью. Развив ее, будучи пленницей, пострадавшая могла стать пленницей и диссоциации тоже. Но освободившись, она может даже научиться использовать свои способности к трансовым состояниям для обогащения жизни, а не для бегства от нее.

Сострадание и уважение к пережившей травмирующий опыт идентичности жертвы соединяется с радостью обретения идентичности выжившей. Когда достигнута эта стадия восстановления, выжившая часто ощущает чувство вновь обретенной гордости. Это здоровое восхищение собственным «я» отличается от болезненно-грандиозного чувства «уникальности», которое иногда проявляется у виктимизированных людей. Этим чувством жертва компенсирует ненависть к себе и чувство собственной бесполезности. Неустойчивое и хрупкое, оно не терпит несовершенства. Более того, «уникальность» жертвы несет с собой чувство инаковости и отчуждения. Здесь же выжившая полностью сознает свою обычную человеческую природу, свои слабости и ограничения, равно как и свою связь с другими людьми и то, что она перед ними в долгу. Осознание этого обеспечивает баланс, не мешая радоваться своим сильным сторонам. Женщина, пережившая насилие в детстве и избиения, будучи взрослой, так выражает свою благодарность сотрудницам кризисного центра:

«Теперь я и себя могу поблагодарить, потому что, как известно, можно подвести лошадь к воде, но нельзя заставить ее пить. Мне чертовски хотелось пить, и вы показали мне путь к воде... источнику живительной влаги как внутри, так и вовне... колодец, из которого я могу черпать в любое время. И, сестры мои, я пила, и пила, и все никак не могу напиться. Мне так повезло! Мне было дано столько любви и целительной заботы! И теперь я учусь передавать их дальше... А теперь полюбуйте-ка на меня. Просто что-то с чем-то!»¹³

Восстановление связей с другими людьми

К третьей стадии восстановления выжившая вновь обретает некоторую способность к уместному доверию. Она снова может довериться другим, когда это оправданно, отказать в доверии, когда для него нет оснований, и знает, как отличить друг от друга эти две ситуации. Она также возвращает себе способность переживать независимость вместе с чувством контакта и связи с другими и может сохранять собственную точку

зрения и собственные границы, уважая точку зрения и границы других. Выжившая проявляет большую инициативу в своей жизни и находится в процессе создания новой идентичности. Она готова рискнуть углубить свои отношения с другими и стремится к взаимной дружбе на равных, не зависящей от достижений, имиджа или умения скрывать себя настоящую. А в отношениях с любимыми и родными она готова к большей близости.

Углубление контакта очевидно и внутри терапевтических отношений. Атмосфера внутри терапевтического альянса перестает быть напряженной и становится более расслабленной и безопасной. Теперь в нем есть место спонтанности и юмору. Ухудшения и кризисы происходят нечасто, от сеанса к сеансу наблюдается большая последовательность. Пациентка развивает в себе способность к самонаблюдению и большую терпимость к внутренним конфликтам. С изменениями в самооценке приходит и качественное изменение оценки терапевта. Пациентка начинает идеализировать терапевта меньше, а любить больше; она легче прощает его несовершенства, равно как и свои собственные. Совместная работа приобретает все больше черт обычной психотерапии.

Поскольку выжившая фокусируется на вопросах идентичности и близости, ей на этой стадии восстановления часто кажется, что она переживает второе отрочество. Человек, который вырос в неблагополучной среде, действительно обделен первым, настоящим отрочеством, и ему часто недостает социальных навыков, которые в норме развиваются именно в этот период жизни. Неловкость и застенчивость, делающие подростковый период таким бурным и болезненным, зачастую еще более усиливаются у переживших насилие взрослых. Они могут отчаянно стыдиться своей «отсталости» в навыках, которые другие взрослые воспринимают как сами собой разумеющиеся. Для этого периода бывают характерны подростковые копинговые стратегии. Как подростки хихикают, маскируя застенчивость, так и взрослые выжившие находят в смехе противоядие от стыда. Как подростки сбиваются в дружные стайки, отваживаясь исследовать внешний мир, так и взрослые выжившие могут страстно предаваться новым отношениям, заново отстраивая свою жизнь. Мать двоих детей создала именно такие узы обновленной дружбы со старой подругой после того, как сбежала от избивавшего ее мужа:

«Моя подруга из Юты переехала сюда. Теперь мы знойные мамочки номер раз и два!.. Мы с ней иногда ведем себя как подростки. Кто-то сказал, что мы похожи на обезьянок, ищущих друг у друга блох, и это правда. Мы уделяем друг другу именно такое внимание. Она — единственная, без кого я не могу обойтись»¹⁴.

По мере того как травма уходит в прошлое, она перестает быть барьером для близости. В этот момент выжившая готова полнее вкладывать свою энергию в отношения с партнером. Если у нее пока нет близких отношений, она может начать рассматривать их возможность без боязни или, наоборот, отчаянной потребности. Если же она состояла в отношениях во время процесса восстановления, то начинает лучше понимать, какие страдания причиняла партнеру ее поглощенность травмой. Теперь же выжившая способна свободнее выражать благодарность и при необходимости компенсировать ущерб.

Интимная близость представляет собой особенно серьезный барьер для перенесших сексуальную травму. Физиологические процессы возбуждения и оргазма могут быть повреждены интрузивными травматическими воспоминаниями, в сексуальные чувства и фантазии могут вторгаться напоминания о травме. Возвращение способности получать удовольствие от секса — сложное дело, работать над ним вместе с партнером — еще сложнее. Методы лечения посттравматической сексуальной дисфункции целиком зависят от того, насколько силен контроль выжившей над всеми прочими аспектами ее сексуальной жизни. Начальные этапы лечения лучше осуществлять без партнера¹⁵. Подключение партнера требует высокой степени сотрудничества, преданности и самодисциплины с обеих сторон. Одно пособие по самопомощи для переживших сексуальное насилие в детстве предлагает для исследования сексуальной близости «руководство по безопасному сексу», в котором советует партнерам сначала определить для себя и друг для друга, какие действия ожидаемо провоцируют травматические воспоминания, а какие нет. Лишь после этого можно постепенно расширять свои исследования, затрагивая области, которые «теоретически безопасны»¹⁶.

Наконец, углубление близости в отношениях приводит выживших к большей связи со следующим поколением. Тревога о детях неразрывно связана с вопросами предотвращения травмы. Больше всего пострадавшие боятся повторения травмы; главная цель — предотвратить ее повторение любой ценой. «Больше никогда!» — универсальный лозунг всех выживших. На первых стадиях восстановления люди, пережившие насилие в детстве, часто избегают нестерпимой мысли о повторении травмы, сторонясь взаимодействия с детьми. А если у них самих есть дети, они могут колебаться между холодностью и сверхопекой, так же как колеблются между крайностями в других отношениях.

На третьей стадии восстановления, когда выжившая приходит к пониманию смысла травмы в своей жизни, она может стать более открытой к новым формам взаимодействия с детьми. При наличии своих детей

она может постепенно осознать, как ее травма косвенно на них влияет, и предпринять шаги для исправления ситуации. Если у нее нет детей, в ней может проснуться более широкий интерес к юному поколению — вплоть до впервые возникшего желания самой стать родителем.

Кроме того, выжившая может впервые задуматься о том, как рассказать историю своей травмы детям так, чтобы она не пугала подробностями, но и не пестрела белыми пятнами, и о том, как вынести из этой истории уроки, которые смогут защитить детей от будущих опасностей. История травмы — часть наследия выжившей; она может передавать ее дальше, когда эта история полностью интегрирована, и только после того, как будет уверена, что она станет для следующего поколения источником силы и вдохновения, а не отравит ему жизнь. Майкл Норман запечатлевает образ способности быть выжившим как наследия, описывая, как крестил своего новорожденного сына вместе с бывшим однополчанином по Вьетнаму, Крейгом, который стал крестным отцом малыша:

«Стоя в переполненном помещении церкви и глядя, как Крейг держит на руках ребенка, я внезапно осознал, что этот момент обладает даже большим смыслом, чем входил в мои намерения, поскольку происходящее... было далеко не только совершением святого таинства или освящением частного договора. Посреди ритуала меня охватило ощущение... победы!.. Здесь наконец была одержана достойная победа: мой сын на руках у моего боевого товарища»¹⁷.

Поиск миссии выживших

Большинство людей, пережив травмирующий опыт, стремятся исцелиться от него и освободиться от его последствий в пределах своей личной жизни. Но есть и немногие, кто в результате травмы чувствует себя призванным внести изменения в более широкий мир. Эти люди распознают в своем несчастье политическое или религиозное измерение и обнаруживают возможность трансформировать смысл своей личной трагедии, сделав ее основой для социального действия. Хотя нет никакого способа компенсировать пережитое зверство, есть способ подняться выше него: превратить случившееся в дар для других. Травма искупает свое существование лишь тогда, когда становится источником миссии выживших.

Социальное действие дает выжившим источник силы, берущий начало в их инициативе, энергии и изобретательности, но усиливающий эти качества настолько, что они намного превосходят их собственные

способности. Оно обеспечивает тем, кто пережил травмирующий опыт, союз с другими людьми, основанный на сотрудничестве и общей цели. Участие в организованных, предъявляющих требования социальных усилиях опирается на самые зрелые и адаптивные стратегии выживших — стратегии терпения, предвидения, альтруизма и юмора. Они выявляют лучшее в них, а они, в свою очередь, обретают чувство контакта с лучшим, что есть в других людях. Иногда у них даже появляется ощущение причастности к чему-то большему, что превосходит обычную реальность. Натан Щаранский, узник совести, так описывает это духовное измерение миссии выжившего:

«Уже в Лефортово Сократ и Дон-Кихот, Одиссей и Гаргантюа, Антигона и Гамлет пришли мне на помощь. Я чувствовал духовную связь с ними, их судьбы перекликались с моей, они шли со мной через тюрьмы и лагеря, были рядом в пересылках и на этапах. И в какой-то момент у меня появилось странное ощущение возникшей вдруг обратной связи, не только мне было важно, как вели себя они в разных жизненных обстоятельствах, но и им, существовавшим или придуманным много веков назад, для оправдания пути, который они когда-то избрали, было далеко не безразлично, как поступлю сегодня я. И точно так же, как каждый из них влиял на поведение людей из разных стран в разные эпохи, и я сегодня, приняв правильное решение или сделав верный выбор, могу вдохновить или разочаровать тех, кто был, и тех, кто будет... Это странное, мистическое ощущение взаимосвязи всех душ во времени, пространстве и человеческом воображении возникло у меня в мрачной реальности ГУЛАГа, где солидарность эзков была единственным способом противостоять миру зла»¹⁸.

Социальное действие может принимать многие формы, от конкретного взаимодействия с конкретными людьми до абстрактных интеллектуальных свершений. Выжившие могут фокусировать свою энергию на помощи другим, так же пострадавшим людям, на усилиях в области просвещения, права или политики ради предотвращения виктимизации других людей в будущем или на попытках призвать преступников к ответу. Во всех этих устремлениях есть нечто общее — решимость повышать осведомленность, осознанность общества в этих вопросах. Пережившие травмирующий опыт люди прекрасно понимают, что естественная человеческая реакция на чудовищные события — выбросить их из головы. Возможно, в прошлом они и сами так поступали. Выжившие также понимают, что тот, кто забывает прошлое, обречен на его повторение.

По этой причине обнародование правды — общий знаменатель всякого социального действия.

Пережившие травму люди отваживаются публично говорить о том, о чем говорить не принято и невозможно выразить, так как верят, что это поможет другим. Так они ощущают свою связь с силой большей, чем они сами. Бывшая участница группы переживших инцест рассказывает, что она чувствовала после того, как члены ее группы представили просветительскую программу о сексуальном насилии сотрудникам организаций по защите детей:

«То, что мы в принципе смогли прийти к этому моменту и сделать это, — огромное чудо. Сила, которую все мы ощущали, контактируя одновременно с сорока людьми, каждый из которых коснется жизнью еще стольких же детей, наполняла нас пьянящей радостью. Она *почти* смогла одолеть страх»¹⁹.

Сара Бьюэл, некогда жертва побоев, а ныне окружной прокурор по делам о домашнем насилии, считает главным смыслом своей истории то, что она принесла пользу другим людям:

«Я хочу, чтобы у женщин было какое-то чувство надежды, поскольку я прекрасно помню, как это страшно, когда никакой надежды нет; в те дни мне казалось, что выхода не существует. Я твердо уверена, что это часть моей миссии, одна из причин, по которым бог не позволил мне умереть в том браке: чтобы я могла говорить открыто и публично — и мне потребовалось немало лет, чтобы научиться это делать, — о том, как меня избивали»²⁰.

Хотя суть миссии — в даянии другим, ее исполнители понимают, что делают это ради собственного исцеления. Заботясь о других, выжившие сами ощущают признание, любовь и заботу. Кен Смит, ветеран Вьетнама, который ныне является руководителем приюта и программы реабилитации для бездомных ветеранов, так описывает чувство «взаимосвязи человеческих душ», которое поддерживает и вдохновляет его:

«Есть моменты, когда я совершенно не понимаю, что здесь делаю, поскольку я по натуре вообще не руководитель. Когда мои обязанности начинают тяготить меня, я обращаюсь к своим братьям, и какой бы тяжелой ни была проблема, каждый раз волшебным образом находится то или иное решение, причем по большей части не у меня. Если поискать источник этого решения, то оказывается, что его предложил

кто-то, кого коснулся Вьетнам. Можно на это ставить — не ошибешься. Этот опыт затронул тысячи, сотни тысяч, даже миллионы людей. Будь ты вьетнамский ветеран или протестующий пацифист — не важно. Это общее для всех американцев, это то, чему учат в третьем классе на обществознании, это умение позаботиться о ближнем, это братство. Для меня это очень личное. То чувство изоляции — оно исчезло. Я настолько вжился в это дело, что для меня это своего рода терапия»²¹.

Миссия выжившей может также принимать форму стремления к справедливости. На третьей стадии восстановления пострадавшая приходит к пониманию принципиальных вопросов, которые перевешивают личную неприязнь к преступнику. Она понимает, что ее травму нельзя отменить и что желание компенсации или мести никогда не будет удовлетворено полностью. Однако она также признает, что призвать преступника к ответу за злодеяния важно не только для ее личного благополучия, но и для здоровья общества в целом. Она заново открывает для себя абстрактный принцип социальной справедливости, который связывает судьбу других людей с ее собственной. По словам Ханны Арендт, после совершения преступления «на преступника обрушивается правосудие, потому что его действие нарушило покой и безопасность общества в целом... Само государство требует компенсации, оно также требует принятого общественного порядка, который был нарушен и который необходимо восстановить... Иными словами, восторжествовать должен не истец, но закон»²².

Признавая беспристрастность закона, выжившая в какой-то мере снимает с себя личное бремя борьбы. Править бал надлежит закону, а не ей самой. Подавая жалобу или выдвигая обвинение, пострадавшая бросает вызов попытке преступника принудить ее к молчанию и изоляции и открывает для себя возможность поиска новых союзников. Когда другие выступают свидетелями при даче показаний, они разделяют ответственность за восстановление справедливости. Более того, выжившая может прийти к пониманию собственной правовой битвы как вклада в общую борьбу, в которой ее действия могут принести пользу и другим, и ей самой. Шэрон Саймон, которая вместе с тремя сестрами подала иск против отца за совершение инцеста, рассказывает о том, как ощущение связи с другим ребенком-жертвой побудило ее к активным действиям:

«Я прочла в газете об одном судебном деле. Мужчина признал, что дважды изнасиловал маленькую девочку. Ребенка привезли на оглашение приговора, потому что терапевт решил, что ей будет полезно видеть, как этого мужчину увезут в тюрьму: тогда она поймет, что преступление действительно подвергается наказанию. Вместо этого судья до-

пустил целый парад свидетелей, вызванных в суд для дачи показаний о моральном облике подсудимого. И сказал, что на самом деле в этом зале суда присутствуют две жертвы. Я думала, что эта несправедливость доведет меня до белого каления... Это и стало поворотным моментом: эта ярость и то чувство, когда привлекаешь преступника к ответственности. Я поняла, что это необходимо. Мне не нужно было [его] признание. Мне нужен был сам акт привлечения к ответственности. Я хотела уничтожить это отрицание и притворство. Поэтому я сказала: я приму участие в этом процессе. Я сделаю это ради той маленькой девочки. Я сделаю это ради своих сестер. И, кажется, внутренний голос подсказал мне: “А еще тебе следует сделать это и ради себя”»²³.

Ощущение причастности к значимому социальному действию дает пострадавшей возможность участвовать в правовой битве с преступником с позиции силы. Как и в случае с семейным разоблачением, пережившая насилие черпает силу из своей способности встать в присутствии многих людей и рассказать правду, не боясь последствий. Она знает, что правда — то, чего преступник боится больше всего. Кроме того, она получает удовлетворение от публичной демонстрации силы ради других и себя самой. Бьюэл так описывает чувство триумфа, которое она испытывает, защищая в суде женщин, которых избивали партнеры:

«Я обожаю суд. В суде есть нечто такое, что вызывает выброс адреналина. Это такое замечательное ощущение, когда ты достаточно хорошо изучила закон и достаточно заботишься о женщине, которую защищаешь, чтобы знать факты дела наизусть. Это так здорово — я вхожу в зал суда, и судья обязан меня выслушать! Это главная цель моей работы на протяжении вот уже 14 лет: заставить систему обращаться с женщинами уважительно. Заставить эту систему, которая виктимизировала... столь многих женщин, работать на нас. Не стараться разрушить ее, не ругать ее, а играть по ее правилам и заставить ее работать — вот это и есть чувство настоящей силы»²⁴.

Выжившая, которая решает вынести свои показания на суд общественности, должна заранее примириться с тем, что не каждую битву можно выиграть. Ее собственная конкретная битва становится частью более широкой непрекращающейся борьбы за применение буквы закона к «тирании сильных». Часто это ощущение причастности — единственное, что поддерживает выжившую. Чувство единства с теми, кто поддерживает ее и верит в правое дело, может утешить даже в момент поражения. Женщина, пережившая изнасилование, говорит о преимуществах обращения в суд:

«Меня изнасиловал сосед, проникший в мой дом под предлогом оказания помощи. Я пошла в полицию, выдвинула обвинения и дважды была в суде. Мне назначили кризисного консультанта по изнасилованиям, и районные прокуроры были очень добры ко мне и готовы помочь, и все эти люди мне верили. В первый раз жюри присяжных не пришло к согласию, а во второй раз его оправдали. Вердикт меня разочаровал, но над ним я не властна. Моя жизнь от этого не кончилась. Участие в суде было для меня своего рода катарсисом. Я сделала все, что было в моих силах, чтобы защитить себя и постоять за себя, так что эта рана не загноилась»²⁵.

Выжившая, которая решает участвовать в публичной битве, не может позволить себе иллюзий о неизбежной победе. Она должна быть твердо уверена, что уже одной своей готовностью противостоять преступнику преодолевает одно из самых ужасных последствий травмы. Она дает преступнику знать, что тот не сможет управлять ей с помощью страха, и разоблачает его преступление перед другими. Восстановление переживших злодеяния основано не на иллюзии полного преодоления зла, а на знании, что зло не полностью возобладало, и надежде, что в мире по-прежнему есть место исцеляющей силе любви.

Освобождение от травмы и ее последствий

Освобождение от травмы никогда не бывает окончательным, восстановление никогда не бывает полным. Отголоски травмирующего события продолжают доноситься до переживших его всю оставшуюся жизнь. Проблемы, которые были в достаточной мере решены, могут проявиться вновь, когда выжившие преодолевают очередной важный этап своей жизни. Брак или развод, рождение или смерть в семье, тяжелая болезнь или уход на пенсию — таковы частые причины воскрешения травматических воспоминаний. Например, когда солдаты и беженцы Второй мировой войны в старости сталкиваются с утратами, у них снова проявляются посттравматические симптомы²⁶. Женщина, пережившая насилие в детстве, достаточно исцелившая себя, чтобы работать и любить, может столкнуться с возвращением симптомов, когда выходит замуж или рождает первенца; или такое происходит, когда ребенок достигает возраста, в котором в ее жизни началось насилие. Одна женщина, повторно обратившаяся за лечением через несколько лет после успешного завершения курса терапии, описывает, как ее симптомы вернулись, когда ее маленький сын начал проявлять непослушание:

«Все шло прекрасно, пока малыш не достиг этих “ужасных двух лет”. Он был таким спокойным младенцем, а потом ни с того ни с сего решил устроить мне веселую жизнь. Я не могла справиться с его истериками. Мне хотелось колотить его, пока он не заткнется. Передо мной мелькали яркие картинки, как я душу его подушкой, пока он не перестает шевелиться. Теперь я знаю, что так поступала со мной моя мать. И знаю, что я могла бы сделать то же самое со своим ребенком, если бы не получила помощь»²⁷.

Эта пациентка испытывала унижение от того, что ей пришлось вернуться к психотерапии. Она опасалась, что возвращение симптомов означает, что ее первая терапия была неудачной и доказала ее «неизлечимость». Чтобы избежать таких ненужных разочарований и унижений, по завершении курса лечения пациентам следует рассказывать, что посттравматические симптомы могут вернуться под воздействием стресса. Когда терапия подходит к концу, пациенту и терапевту полезно вместе повторить базовые принципы авторства в своей жизни и общности, которые способствовали восстановлению. Те же самые принципы можно применять для предотвращения рецидивов или с их помощью справляться с ними. Не следует внушать пациенту уверенность в том, что лечение, каким бы оно ни было, даст абсолютный или окончательный результат. Когда терапия подходит к естественному завершению, необходимо оставить открытой дверь для возможности возвращения к ней в какой-то момент в будущем.

Хотя освобождение от травмы и ее последствий не бывает полным, часто оно может быть достаточным для того, чтобы человек перенес внимание с задач восстановления на задачи обычной жизни. Верный знак успешного освобождения — способность вновь получать удовольствие от жизни и полностью вовлекаться в отношения с другими. Выживший больше интересуется настоящим и будущим, чем прошлым, и способен смотреть на мир скорее добродушно, чем со страхом. Ричард Роудс, переживший насилие в детстве, так описывает чувство освобождения от травмы, достигнутое спустя многие десятилетия:

«Наконец настало время написать эту книгу: рассказать историю моего внутреннего сиротства, как делают все сироты; познакомить вас с моим внутренним ребенком. Жил-был ребенок. Все эти годы он прятался в подвале. Война окончилась, и мой ребенок вышел из подвала, чтобы взглянуть на солнце. Чтобы играть. Я полон восхищения и благодарности за то, что он не разучился играть»²⁸.

Психолог Мэри Харви определяет семь критериев успешного завершения работы по освобождению от травмы и ее последствий. Первый: психологические симптомы посттравматического стрессового расстройства введены в управляемые границы. Второй: человек способен выносить чувства, связанные с травматическими воспоминаниями. Третий: человек властен над своими воспоминаниями — он может решать, вспомнить ему травму или отложить это воспоминание в сторону. Четвертый: воспоминание о травмирующем событии или событиях является последовательным, нарративом, связанным с чувствами. Пятый: поврежденная самооценка человека восстановлена. Шестой: важные отношения человека восстановлены. И последний, седьмой: человек реконструировал связную систему смысла и убеждений, которая включает в себя историю травмы²⁹. На практике все эти вопросы взаимосвязаны и всеми ими занимаются на каждой стадии восстановления. Восстановление — это не простое поступательное движение, оно часто закладывает виражи и петли, возвращаясь к пересмотру проблем, которым уже не раз уделялось внимание, чтобы выжившие могли углубить и расширить интеграцию смысла своего существования.

Пережившие травму и завершившие восстановление люди подходят к жизни без иллюзий, но с благодарностью. Их взгляд на жизнь может быть трагическим, но по этой самой причине они научились дорожить юмором. У них есть четкое ощущение того, что важно, а что нет. Столкнувшись со злом, они знают, как важно держаться за добро. Столкнувшись со страхом смерти, они умеют радоваться жизни. Сильвия Фрейзер, потратив много лет на раскрытие детских воспоминаний об инцесте, вспоминает о своем восстановлении:

«Оглядываясь назад, я отношусь к своей жизни так, как некоторые люди относятся к войне: если выжил, значит, все хорошо. Опасность делает человека активным, она делает его бдительным, она заставляет его чувствовать, а следовательно, учиться. Я теперь знаю цену своей жизни, истинную цену, которая была уплачена. Контакт с внутренней болью развил у меня иммунитет против многих мелких неприятностей. Надежд у меня по-прежнему полно, но потребностей очень мало. Я гордилась своим интеллектом — и эта гордость разбита вдребезги. Если выяснилось, что я ничего не знала о половине своей жизни, то на какое знание вообще можно положиться? Однако даже в этом я вижу дар, ибо вместо своего узкого прагматичного мирка причинно-следственных связей... я прорвалась в беспредельный мир, полный чудес»³⁰.

ОБЩНОСТЬ

Травмирующие события разрушают поддерживающие связи между человеком и сообществом. Пережившие травму люди узнают, что их чувство себя, своей ценности, человеческой природы зависит от чувства связи с другими. Солидарность группы обеспечивает сильнейшую защиту против ужаса и отчаяния и мощнейшее противоядие от травмирующего опыта. Травма изолирует; группа воссоздает чувство принадлежности. Травма стыдит и стигматизирует; группа свидетельствует и подтверждает. Травма унижает жертву; группа ее возвеличивает. Травма обесчеловечивает жертву; группа восстанавливает ее ощущение себя человеком.

В свидетельствах выживших очень часто всплывает момент, когда чувство связи восстанавливается естественным и искренним великодушием другого. То, что пострадавшие полагали в себе необратимо уничтоженным — вера, достоинство, мужество, — пробуждается проявлением обычного альтруизма. Пережившие травму узнают утерянную часть себя, отраженную в поступках других, и возвращают ее. В этот момент они начинают воссоединяться с людьми как с сообществом, вновь входить в человеческую общность. Примо Леви так описывает этот момент в своих мемуарах об освобождении из нацистского концентрационного лагеря:

«Когда было заделано выбитое окно и в печке заплясал огонь, мы вздохнули с облегчением. Товаровский (франко-польский еврей, двадцать три года, диагноз: тиф) предложил, чтобы каждый выделил нам троим за работу по кусочку хлеба из своих запасов, и все как один согласились.

Еще вчера такое предложение прозвучало бы просто невероятно. Лагерный закон, гласивший: «Съешь свой хлеб, а если удастся — и хлеб соседа», исключал такое понятие, как благодарность. Теперь же

и вправду можно было поверить, что лагерь умер. С первого за все время проявления гуманности между нами начинался, я полагаю, новый отсчет: оставшиеся в живых стали постепенно снова превращаться из [заключенных] в людей»¹.

Восстановление социальных отношений начинается с осознания, что человек не одинок. И нигде это осознание не бывает более быстрым, мощным и убедительным, чем в группе. Ирвин Ялом, признанный авторитет в групповой психотерапии, называет это переживанием «универсальности». Терапевтическое воздействие универсальности особенно глубоко проявляется у людей, которым кажется, что они изолированы от других вследствие постыдных тайн². Поскольку травмированные люди чувствуют себя отчужденными от других своим опытом, особое место в процессе восстановления занимает участие в терапевтических группах для переживших травмирующий опыт. Такие группы обеспечивают степень поддержки и понимания, недостижимые в обычном окружении выживших³. Встреча с другими людьми, прошедшими через похожие испытания, избавляет пострадавших людей от изоляции, стыда и стигмы.

Группы показали себя бесценным подспорьем для людей, переживших различные травмирующие события, в том числе войну, изнасилование, политическое преследование, побои, домашнее насилие и насилие в детстве⁴. Участники и участницы таких групп часто говорят о чувстве утешения, возникающем от простого присутствия рядом других людей, перенесших похожие трагедии. Кен Смит так описывает свою первую реакцию, когда он вступил в группу поддержки ветеранов Вьетнама:

«После Вьетнама у меня не было друзей. Было много знакомых, и женщин я знал немало, но у меня ни разу не появилось друга, человека, которому можно позвонить в четыре утра и сказать, что мне хочется сунуть дуло пистолета в рот, потому что сегодня годовщина того, что случилось со мной в Суан Лок, или еще какая-нибудь годовщина... Вьетнамских ветеранов не понимают, и, чтобы понять нас, нужен другой вьетнамский ветеран. Эти парни прекрасно поняли меня, когда я начал говорить об... определенных вещах. Я ощутил всепоглощающее облегчение. Словно раскрыл ту темную глубокую тайну, которую никогда никому не поверял»⁵.

Женщина, пережившая инцест, использует почти те же слова, рассказывая, как она вернула себе ощущение связи с другими людьми, участвуя в работе группы:

«Я разрушила изоляцию, которая преследовала меня всю жизнь. У нас есть группа из шести женщин, от которых я не держу никаких секретов. Впервые в жизни я по-настоящему принадлежу к какой-то общности. Я чувствую, что они принимают меня настоящую, а не мой фасад»⁶.

Когда в группе развиваются сплоченность и близость, в игру вступает сложный процесс отзеркаливания. По мере того как каждая участница тянется к другим, ей становится легче принимать их дары. Терпимость, сострадание и любовь, которые она дарит соратницам по группе, начинают возвращаться к ней. Хотя этот тип усиливаемого с обеих сторон взаимодействия может иметь место в любых отношениях, сильнее всего он проявляется в контексте группы. Ялом описывает этот процесс как «адаптивную спираль», в которой принятие со стороны группы укрепляет самооценку каждого ее члена, и каждый, в свою очередь, учится лучше принимать других⁷. Приведем три описания этой адаптивной спирали от женщин, состоящих в группе переживших инцест:

«Я буду расценивать этот групповой опыт как поворотный момент в своей жизни и вспоминать шок от осознания того, что сила, которую я с такой легкостью замечала в других женщинах, переживших это... преступление, есть и во мне»⁸.

«Я начала лучше защищать себя. Я стала как-то мягче. Я позволяю себе быть счастливой (иногда). И все это — результат того, что я вижу свое отражение в зеркале, именуемом группой»⁹.

«Я научилась лучше принимать любовь, и это создает цикл — позволяя мне быть более любящей по отношению к себе и вслед за этим легче дарить любовь другим»¹⁰.

Ветеран боевых действий похожим образом описывает ощущения от пребывания в своей ветеранской группе:

«Это было взаимно, поскольку я отдавал им, а они отдавали мне. Это прекрасное чувство. Впервые за долгое время я подумал: “Ух ты! Я начал хорошо относиться к самому себе”»¹¹.

Группы обеспечивают возможность не только благотворных взаимоотношений, но и коллективного возвращения участницам и участникам силы и авторства в своих жизнях. Члены группы воспринимают друг друга как равных. Хотя каждый из них страдает и нуждается в помощи, каждому есть что

предложить другим. Группа и использует, и питает силы каждого из своих членов. В результате она как целое обладает превосходящей по сравнению с каждой своей участницей или участником способностью выносить и интегрировать травмирующий опыт. И каждая участница или участник может опираться на общие ресурсы группы, помогая собственной интеграции.

Доказательства терапевтического потенциала групп поддержки приходят от самых разных категорий выживших. В ходе одного социологического опроса женщины, подвергавшиеся домашнему насилию, оценили группы поддержки как самый эффективный из всех ресурсов помощи¹². Психиатры Джон Уокер и Джеймс Нэш, работающие с ветеранами, сообщают, что многие их пациенты, которые плохо прогрессировали в индивидуальной психотерапии, буквально расцветали в группе: индивидуальному чувству отчуждения и изоляции противодействовало групповое товарищество и братство¹³. Яэль Даниели утверждает, что прогноз восстановления для переживших холокост был намного более оптимистичным, когда основной формой терапии было участие в группе, а не индивидуальный курс¹⁴. Аналогичным образом Ричард Моллика сообщает об улучшении результатов после включения в его программу для беженцев из Юго-Восточной Азии групп поддержки выживших¹⁵.

Хотя групповая работа для людей, переживших травмирующий опыт, — хорошая идея в теории, на практике быстро становится очевидно, что организация успешной группы — дело непростое. Так, группы, подающие надежды в начале пути, могут распасться по причине взаимных обид, причинивших боль и разочарование всем участникам или участницам. Деструктивный потенциал группы равен ее терапевтическому потенциалу. Роль ведущих в группе сопряжена с риском безответственного применения власти. Конфликты, которые вспыхивают между участниками или участницами, могут воссоздавать динамику травмирующего события, когда участники или участницы неосознанно берут на себя роли преступника, сообщника, стороннего наблюдателя, жертвы и спасателя. Такие конфликты могут вредить отдельным участникам/участницам и вести к гибели группы. Чтобы быть успешной, она должна иметь четкое понимание своей терапевтической задачи и структуру, которая адекватно обеспечивает всех участников/участниц защитой от опасности воспроизведения травмы. Хотя группы могут сильно варьироваться по составу и структуре, эти базовые условия должны соблюдаться без исключений.

Кроме того, те, кто пытается организовать групповую работу, быстро обнаруживают, что невозможно создать единый шаблон группы, подходящий для всех категорий выживших. Группы бывают самых разных форм и размеров, и ни одна из них не может подходить абсолютно всем и использоваться для решения всех задач. На разных стадиях восстановления

уместны разные типы групп. Основные терапевтические задачи каждого участника/участницы должны совпадать с общими. Группа, которая подходила человеку на одной стадии восстановления, может оказаться для него малоэффективной или даже вредной на другой стадии.

Загадка многообразия групп начинает проясняться, если сопоставить их с терапевтическими задачами трех главных стадий восстановления (см. таблицу). Группы первой стадии в первую очередь озабочены обеспечением безопасности. Они фокусируются на ежедневной базовой заботе о себе. Группы второй стадии в основном занимаются травмирующим событием. Их фокус — примирение с прошлым. Группы третьей стадии решают главным образом задачу реинтеграции людей, переживших травмирующий опыт, в общество. Их фокус — межличностные отношения в настоящем времени. Структура группы каждого типа адаптирована под ее основную задачу.

Три модели групп

Группа	Стадия восстановления		
	Первая	Вторая	Третья
Терапевтическая задача	Обеспечение безопасности	Вспоминание и оплакивание	Восстановление связей
Временная ориентация	Настоящее	Прошлое	Настоящее, будущее
Фокус	Забота о себе	Травма	Межличностные отношения
Состав	Гомогенный	Гомогенный	Гетерогенный
Границы	Гибкие, инклюзивные	Закрытые	Стабильный, медленно меняющийся состав
Сплоченность	Умеренная	Очень высокая	Высокая
Терпимость к конфликтам	Низкая	Низкая	Высокая
Ограничение по длительности	С открытой датой окончания или регулярные	Фиксированная дата окончания	С открытой датой окончания
Структура	Дидактическая	Ориентированная на достижение цели	Неструктурированные группы
Пример	Программа «12 шагов»	Группа выживших, переживших определенный травмирующий опыт	Межличностная психотерапия в группе

Группы для обеспечения безопасности

Групповую терапию не следует рассматривать как ресурс «первой помощи» после травмирующего события. Человек, недавно переживший травму и сейчас находящийся в остром периоде прохождения через травмирующий опыт, обычно крайне напуган и измучен интрузивными симптомами, такими как флешбэки и кошмарные сны. Кризисное вмешательство фокусируется на мобилизации людей из ближайшего окружения, способных оказать поддержку пострадавшим, поскольку они скорее предпочтут привычную обстановку обществу незнакомцев. Это не время для участия в группе. Хотя в теории человека, пережившего недавно сильный травмирующий опыт, может утешить представление о том, что он не одинок в том, что с ним случилось, на практике группа может спровоцировать эмоциональную перегрузку. Выслушивание деталей чужих историй может послужить триггером и усугубить собственные интрузивные симптомы выживших до такой степени, что они не смогут ни сочувственно слушать других, ни принимать от них эмоциональную поддержку. Соответственно, в период острой травмы, как правило, рекомендуется ожидание продолжительностью в несколько недель или месяцев до момента вступления в группу. В Бостонском кризисном центре для жертв изнасилования, например, кризисное вмешательство может включать индивидуальное и семейное консультирование, но не участие в группе. Пострадавшим советуют выждать от полугода до года, прежде чем думать о вступлении в группу¹⁶.

Кризисное вмешательство в групповом формате может оказаться полезным и раньше — в тех случаях, когда все члены группы пережили воздействие одного и того же события, например крупной аварии, природной катастрофы или преступления. Тут общий опыт группы может быть важным источником восстановления. Большая групповая встреча может открыть возможность для профилактической информирующей беседы о последствиях травмы и способна помочь сообществу мобилизовать свои ресурсы. Такие групповые встречи под названием «дебрифинг критических инцидентов» или «дебрифинг травматического стресса» все чаще проводятся после масштабных трагедий и даже становятся обычным делом для некоторых сфер деятельности, связанных с повышенным риском¹⁷.

Однако дебрифинг должен соблюдать фундаментальное правило: главное — безопасность. Как нельзя быть совершенно уверенным в том, что семья травмированного человека станет его поддерживать, так же нельзя и рассчитывать на то, что группа людей сможет сплотиться про-

сто потому, что все ее члены пострадали от одного и того же трагического события. Более того, из-за этого конфликт интересов может даже усугубиться. Например, в случае аварии на производстве администрация и рядовые сотрудники могут очень по-разному смотреть на этот инцидент. Когда травмирующее событие является результатом халатности или преступления, дебрифинг может усложнять проведение юридических процедур. По этой причине руководители масштабных групповых дебрифингов все чаще говорят об ограничении подобных мер. Полицейский психолог Кристина Даннинг рекомендует при проведении дебрифинга строго придерживаться информационного формата, допуская различные варианты последующей индивидуальной работы, но избегая подробного изложения истории и выплеска сильных эмоций в присутствии большого числа людей¹⁸.

Для переживших длительную повторяющуюся травму группы могут быть мощным источником признания и поддержки во время первой стадии восстановления. Однако опять-таки группа должна соблюдать основное правило: фокус внимания — на задаче обеспечения безопасности. Если даже ненадолго упустить его из виду, члены группы могут испугать друг друга ужасами прошедших событий их жизни или опасностями текущего положения. Одна жертва инцеста рассказывает о том, как усугубилось ее состояние в результате того, что она слушала рассказы других членов группы:

«Вступая в группу, я рассчитывала, что общение с несколькими женщинами, пережившими то же, что и я, облегчит мое состояние. И хуже всего было осознание, что группа ничего не облегчила — она лишь *приумножила* этот ужас»¹⁹.

Поэтому групповая работа на первой стадии должна быть когнитивной, сосредоточенной на информировании, а не исследовании. Группа призвана обеспечивать возможность для обмена информацией о травматических синдромах, выявлять общие паттерны симптомов и делиться стратегиями по заботе о себе и самозащите. Группа должна быть четко структурирована, чтобы способствовать развитию сильных сторон и копинговых стратегий каждой участницы или участника и обеспечить всем своим членам защиту от потока нахлынувших и переполняющих воспоминаний и чувств.

Такая защитная структура присутствует во многих типах групп самопомощи, организованных по образцу Общества анонимных алкоголиков. Эти группы не фокусируются на глубинном исследовании самой

травмы. Вместо этого они предлагают когнитивную схему для понимания симптомов, которые могут быть вторичными негативными последствиями травмы: например, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства пищевого поведения и другие виды саморазрушительного поведения. Эти группы также предлагают набор инструкций для восстановления у людей, переживших травмирующий опыт, чувства авторства в собственной жизни, власти над ней, а также их связей с другими, известный под общим названием «12 шагов»²⁰.

Структура этих программ самопомощи отражает их образовательную, дидактическую цель. Хотя члены группы могут переживать сильные эмоции во время встреч, выплеск чувств и подробный пересказ событий не являются самоцелью и не поощряются. Фокус внимания сохраняется на подкрепленном личными свидетельствами описании основных принципов терапии и предоставлении общих инструкций. Степень сплоченности группы не играет ключевой роли в создании атмосферы безопасности; скорее она основывается на правилах анонимности и конфиденциальности и самом информационном подходе. Участники и участницы не противостоят друг другу и не оказывают слишком личной, индивидуальной поддержки. Рассказы о повседневных переживаниях в таких группах ослабляют ощущения стыда и изоляции, способствуют решению проблем и вселяют надежду.

Не допустить, чтобы руководство группой переродилось в эксплуатацию, призван набор правил, называемый «12 традициями». Властью наделяется группа в целом, а не только ведущие; позицию ведущей/ведущего поочередно занимают добровольцы, имеющие равные права. Состав участниц и участников гомогенный, в том смысле, что все они определяют для себя одну общую проблему. Однако в большинстве групп нет ограничений членства или посещения встреч; их границы гибки и инклюзивны. На участников/участниц не накладываются обязательства регулярно присутствовать или выступать на собраниях. Эта гибкость позволяет каждому члену группы регулировать степень своей вовлеченности. Человек, который просто хочет посмотреть на других людей, переживших сходный опыт, волен прийти один раз, молча понаблюдать и уйти в любое время.

Структурные «предохранители», встроенные в двенадцать традиций, неоднократно доказывали свою эффективность. Однако некоторые группы самопомощи все же склонны иметь ведущего-вождя или нестандартную, идиосинкратическую программу. Это особенно часто случается с недавно созданными группами, которым недостает опыта проверенных временем программ «12 шагов». Участники подобных групп самопомощи должны помнить о рекомендации оставлять себе только то, что полезно для них, и отбрасывать остальное.

Другой вариант группы первой стадии — это краткосрочная программа управления стрессом, которая кажется многообещающей для людей, переживших длительный, хронический травмирующий опыт, на ранних стадиях восстановления²¹. И снова основная работа сосредотачивается на обеспечении безопасности в настоящем. Структура группы дидактическая, а ключевыми задачами здесь выступают облегчение симптомов, решение проблем и повседневная забота о себе. Состав такой группы может быть инклюзивным; после цикла из нескольких сеансов в нее могут вступить новые члены или даже сформироваться новые группы. Требуемый уровень вовлеченности сравнительно низок, и высокая степень сплоченности не развивается. Защита обеспечивается активным дидактическим групповым руководством и ориентацией на достижение конкретной ближайшей задачи. Члены группы не слишком много рассказывают о себе и не особенно расспрашивают других.

Похожие психообразовательные группы могут быть адаптированы к широкому спектру социальных ситуаций. Их использование допустимо в любой обстановке, где главной задачей является создание базовой безопасности: например, в стационаре психиатрической больницы, в программах наркотической и алкогольной детоксикации или в приюте для женщин, подвергавшихся побоям.

Группы для вспоминания и оплакивания

Хотя исследование травмирующего опыта в группе способно дезорганизовать выживших на первой стадии восстановления, та же работа может быть крайне продуктивной на второй стадии. Хорошо организованная группа обеспечивает и мощный стимул для реконструкции истории, и эмоциональную поддержку во время оплакивания. Пока каждая участница/участник делится своей уникальной историей, группа дает глубокое переживание универсальности. Группа выступает коллективным свидетелем при «даче показаний» выжившей/выжившего, придавая ее/его истории и социальный, и личный смысл. Когда выжившая/выживший рассказывает свою историю только одному человеку, это больше похоже на исповедь, и свидетельствование носит частный характер. Когда та же история пересказывается группе, свидетельствование меняет характер и приобретает правовые и общественные аспекты. Группа помогает каждой выжившей и каждому выжившему расширить границы своей истории, освобождая их из изоляции наедине с преступником, и помогает снова принять полноту большого мира, из которого они были вырваны.

Группа, фокусирующаяся на травме, должна обладать четкой структурой и ориентироваться строго на работу по раскрытию травмирующего опыта. Для этого ей требуются активные ведущие, хорошо подготовленные и уверенные в своем намерении участвовать в группе участницы/участники, четкое представление о задаче группы. Психолог Эрвин Парсон, который руководит ветеранскими группами, прибегает к метафоре взвода, чтобы передать идею сплоченности:

«Ведущий должен быть способен задать правильную, понятную структуру, раскрывающую цели группы (ее миссию), и обозначить конкретную территорию (эмоциональную), которую предстоит пересечь»²².

Эти образы уместны для членов подобной группы, имеющих похожий армейский опыт. Перенесшим травмы других типов ближе другие термины и образы; однако базовая структура групп, сфокусированных на травме, остается одинаковой во всех случаях.

Одна из моделей таких групп воплощена в созданных мною и Эмили Шатзоу группах для женщин, переживших инцест²³. Эта модель характеризуется внутренней логикой и последовательностью, что позволяет применять ее в различных условиях. В ней есть две главные структурные черты: временное ограничение и фокус на личных целях. Лимит времени служит нескольким целям. Он устанавливает границы для проведения четко определенной части работы. Он способствует созданию атмосферы эмоциональной напряженности, одновременно давая участницам гарантию, что накал эмоций не продлится вечно. И наконец, он способствует стремительному развитию сплоченности внутри группы, одновременно препятствуя развитию у участниц ограниченной, «эксклюзивной» идентичности выжившей. Заданные сроки работы группы не так важны, как сам факт их существования. Большинство групп для переживших инцест рассчитаны на 12 недель, но работа некоторых длится и четыре, шесть или девять месяцев. Хотя в более широких временных рамках групповой процесс развивается в более спокойном темпе, он следует все тому же заданному курсу в направлении укрепления авторства и влияния в своей жизни и разделения своего опыта с сообществом. По завершении работы группы большинство участниц жалуются на временные ограничения, сколько бы встреч они ни провели; но большинство также утверждают, что не захотели бы или не смогли бы мириться с открытой датой окончания групповых встреч.

Фокус на достижении личной цели помогает раскрывающим воспоминания участницам группы интегрировать травмирующий опыт и раз-

вить влияние в своей жизни. Каждую участницу просят определить конкретную, связанную с травмой цель, которой она хочет достичь за время, отведенное на работу группы. И в определении значимой цели, и в совершении необходимых для ее достижения действий участницам рекомендуют искать помощи у группы. Две цели выбирают чаще всего: добраться до новых воспоминаний и рассказать какую-то часть истории другому человеку. Следовательно, пересказ истории травмы служит, кроме простого выплеска эмоций или катарсиса, еще и другой цели: это средство, ведущее к активной влиятельности в своей жизни. Поддержка группы дает отдельным ее членам возможность идти на эмоциональный риск, превышающий тот, который они полагали пределом своих возможностей. Примеры индивидуального мужества и успеха порождают в участницах оптимизм и надежду, даже когда в то же время группа погружена в ужас и скорбь.

Работа группы фокусируется именно на истории травмы, а не на текущих ее последствиях, в том числе межличностных проблемах. Конфликты и разногласия между членами не слишком уместны в такой группе; более того, они уводят ее в сторону от основной задачи. Ведущие должны активно вмешиваться в процесс, помогая участницам делиться опытом и гася конфликты. В таких группах именно ведущие несут ответственность за то, чтобы гарантировать каждой возможность быть услышанной и помочь участницам не ссориться из-за распределения времени.

Группа, сфокусированная на травме, требует активного, вовлеченного ведения²⁴. Ведущие ответственны за определение групповой задачи и создание безопасной атмосферы и должны выступать гарантами защищенности всех членов группы. Роль ведущих эмоционально затратна, поскольку им предстоит показывать на своем примере, как быть свидетелями. Они должны демонстрировать членам группы, что могут выслушать их истории, не испытывая эмоциональной перегрузки. Большинство ведущих, перейдя к практике, обнаруживают, что делать все это в одиночку способны не больше, чем любой другой человек. По этой причине рекомендуется совместное ведение групп²⁵.

Преимущества со-ведения отражаются и на группе в целом, поскольку ведущие могут показывать остальным пример взаимодополняемости. Их способность работать над разногласиями, которые неизбежно возникают между ними, развивает терпимость членов группы к конфликтам и разнообразию. Однако атмосфера безопасности не может быть создана там, где сами ведущие воссоздают динамику доминирования и подчинения вместо равного сотрудничества. Традиционное объединение в пару, например, высокостатусного мужчины и низкостатусной женщины в роли

ведущих абсолютно неприемлемо для группы людей, переживших травму. К сожалению, такая практика до сих пор распространена²⁶.

В отличие от гибких, открытых границ групп первой стадии у групп, сфокусированных на травме, границы довольно жесткие. Между членами таких групп быстро формируются привязанности, и они начинают рассчитывать на присутствие друг друга. Чей-то уход или даже недолгое отсутствие на встречах может оказаться крайне разрушительным. Поэтому важно, чтобы в группах с заданной продолжительностью работы участники/участницы планировали свое присутствие на каждой встрече. После начала работы группа становится закрытой, новые члены не принимаются.

Так как решение задач в группах, сфокусированных на травме, сопряжено с переживанием сильных эмоций, ее состав должен тщательно подбираться. Эти группы требуют высокой степени готовности к участию и мотивации. Включение в группу человека, который не готов активно вовлекаться в интенсивную работу по раскрытию травматической истории, может деморализовать остальных членов и нанести ущерб ему самому. По этой причине не рекомендуется проводить работу по раскрытию воспоминаний в открытых, неподготовленных группах, например в больших марафонах и других подобных форматах.

Выжившие готовы к работе в группе, сфокусированной на травме, когда их безопасность обеспечена, навыки заботы о себе надежно освоены, симптомы в достаточной степени взяты под контроль, социальная поддержка надежна, а жизненные обстоятельства допускают вовлеченность в это энергозатратное предприятие. Однако помимо этого они должны быть готовы к регулярному, без пропусков, посещению встреч на протяжении всего периода работы группы и ощущать достаточную уверенность в том, что их желание контактировать с другими перевешивает страх перед группой.

Преимущества от участия в группе пропорциональны этим требованиям. Как правило, внутри группы быстро развивается высокая степень сплоченности. Несмотря на то что в начале работы группы участники/участницы обычно сообщают об усугублении симптомов дистресса, они одновременно ощущают своего рода эйфорию оттого, что нашли друг друга. Члены группы впервые чувствуют, что их признают и понимают. Такие тесные и быстро образующиеся связи — характерная черта краткосрочных, гомогенных по составу групп²⁷.

Сплоченность, которая развивается в группах, фокусирующихся на травме, дает ее участницам/участникам возможность взяться за задачи вспоминания и оплакивания. Группа дает мощный стимул для возвращения травматических воспоминаний²⁸. Когда одна из участниц рекон-

струирует собственную историю, ее подробности практически неизбежно вызывают новые воспоминания у каждой из слушательниц. Практически каждая участница группы для переживших инцест, определившая своей целью возвращение воспоминаний, была способна ее достичь. Женщин, которые чувствуют себя загнанными в тупик амнезией, поощряют рассказывать то небольшое, что они помнят. Группа неизменно привносит свежий эмоциональный контекст, служащий мостиком к новым воспоминаниям. Более того, новые воспоминания часто приходят даже слишком быстро. Временами необходимо замедлять процесс, чтобы он не превышал порога терпимости остальных и самой рассказчицы.

Одна из встреч группы для переживших инцест, которую мы вели с Эмили Шатзоу, показывает, как группа помогает одной участнице вернуть и интегрировать воспоминания и как ее прогресс, в свою очередь, вдохновляет остальных. Ближе к концу сеанса Робин, женщина 32 лет, просит дать ей всего пару минут, чтобы поговорить о своей «небольшой проблеме»:

Предупреждение о триггерах СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ. ИНЦЕСТ

РОБИН: У меня выдалась довольно тяжелая неделя. Не знаю, проходили ли через это другие... ко мне возвращаются моменты прошлого. Они очень страшные. Это не похоже на воспоминания. Скорее: «Боже мой! Какая ужасная картина!», а потом я вроде как прогоняю ее, говоря: «Нет, не может быть, чтобы это происходило на самом деле». Но, кажется, мне нужно рассказать о некоторых из этих образов, потому что мне было очень страшно.

Я уже рассказывала вам, что мой отец был алкоголиком и, когда напивался, впадал в страшное буйство. Мать оставляла меня и сестру наедине с ним. Мне, должно быть, было около десяти лет. Я четко помню наш дом, но в этом доме была одна комната, о которой я не хотела слишком много знать, и поэтому она выпадала из воспоминаний. И вот мне представляется картина, будто мой отец гоняется за мной по этой комнате. Я пыталась спрятаться под кроватью, но он поймал меня. У меня нет никаких воспоминаний об изнасиловании. Я просто помню, как он ругается, выкрикивая ужасные непристойности, говорит что-то вроде: «Все, что мне нужно, — это маленькая киска», и так далее и тому подобное.

Потом на следующую ночь мне приснился ужасный сон, в котором отец занимается со мной сексом, и это ужасно больно. Во сне я пыталась позвать мать. Я кричала, но она меня не слышала.

Я не могла крикнуть достаточно громко, чтобы до нее докричаться. Поэтому во сне я решила отделить свою душу от тела. Это было очень странно. Когда я проснулась, меня трясло.

Вот почему я хочу поговорить об этом: эти картины ужасно пугают меня, но в то же время я не вполне понимаю, что на самом деле случилось. Поэтому я хотела спросить у других, становятся ли эти образы со временем лучше... ну, не в смысле *лучше*, но становятся ли они яснее?

Когда Робин заканчивает говорить, воцаряется молчание. Затем следует реакция участниц группы и двух ведущих. Вначале Линдси (одна из участниц) говорит о том, что верит Робин и поддерживает ее. Затем одна из ведущих начинает расспрашивать Робин с целью определить, какой отклик от группы ей нужен. Другие участницы начинают задавать свои вопросы и высказывать мнения. В ответ Робин делится еще более подробными воспоминаниями, в то же время отмечая свою растерянность и выражая сомнения в правдоподобности своей истории.

ЛИНДСИ: Картинки должны стать яснее, потому что, похоже, у тебя впервые появилось это — не знаю, как назвать, — это видение о том, как ты бегаешь по комнате. Но ты на самом деле ничего не *чувствовала*. Но потом, во сне, ты ощутила *боль* и звала на помощь. У меня есть такая проблема: появляется какое-то чувство, а я не могу его идентифицировать или понять, откуда оно взялось. Поэтому, на мой взгляд, это похоже на прогресс, потому что у тебя было и то, и другое. Кроме того, это *действительно* страшно, когда тело и разум разделяются. У меня такое тоже бывает, когда я гадаю: «Чье это тело?» Но я предпочитаю говорить себе, мол, это пройдет, с этим можно справиться, это не будет длиться вечно, просто через это надо пройти.

ШАТЗΟΥ (обращается к Робин): Вы хотите спросить, начинается ли с картинок процесс восстановления воспоминаний и у других людей?

РОБИН: Да.

ЛЕЙЛА: У меня было точно так же. Сначала маленькие кусочки, потом сон, а потом чувство.

РОБИН: Ага. Видите ли, у меня была полная история случившегося, а это был как бы недостающий фрагмент в ней. Мы с сестрой в итоге оказались в приемной семье, и я так и не поняла, как это произошло. В то время моя история была такой: отец не мог

заботиться о нас, поэтому ему пришлось отдать нас против воли. Но теперь, когда я вспоминаю все больше этих... картинок... чем бы они ни были...

ЛИНДСИ: События.

ХЕРМАН: Переживания, опыт.

РОБИН: Спасибо... теперь мне кажется, нас у него забрали. У меня в памяти есть картинка, как я убегаю из дома и оказываюсь на улице, а потом я в приемной семье. Я сложила все эти части вместе, даже ту, в которой я убегаю, но мне *по-прежнему* не хватало кусочка, связанного с той комнатой. И вот на этой неделе это случилось. Мне до сих пор трудно поверить, что такое могло произойти с маленькой девочкой. Мне было всего около десяти лет.

ЛЕЙЛА: Вот и мне было столько же.

БЕЛЛЬ: Боже правый!

РОБИН: Но могу ли я верить этому?

ЛИНДСИ: Да, а теперь ты готова *поверить в это*?

РОБИН: Мне до сих пор трудно поверить, что это действительно случилось со мной. Хотелось бы мне с полной убежденностью сказать, что я верю, но я не могу.

КОРИН: Достаточно и того, что ты увидела эту картинку. В смысле, тебе же не обязательно клясться на Библии!

В этот момент Робин начинает смеяться. Диалог продолжается, и другие участницы группы тоже начинают посмеиваться.

РОБИН: Господи, я рада, что ты это сказала!

КОРИН: Ну вот, теперь она у тебя в голове и тебе придется с ней разобратся.

РОБИН: Только не это!

КОРИН: Ну, мы тут вроде как этим и занимаемся.

К этому моменту уже пора завершать встречу. Подводя итоги, одна из ведущих дает Робин следующий отклик:

ХЕРМАН: На самом деле вы реагируете на работу в группе так, как это делают многие люди. Думаю, для вас сейчас достаточно безопасно позволить себе вернуться в прошлое и пережить то, что случилось. Раньше вы этого сделать не могли; это было слишком страшно. Кроме того, я считаю, что вы очень мужественно держитесь, проходя через этот опыт. Это проявляется даже в том, как вы рассказывали об этом: вы делали это бережно по отношению и к нам, и к себе. Вы попросили всего пару минут в конце встре-

чи и — «ой, кстати говоря, мне тут вспомнился один кошмар». Но мы должны сказать вам, что понимаем, что вы сейчас переживаете. И вы имеете право взять больше времени, чтобы рассказать об этом. Люди в состоянии вас выслушать. Вам не нужно защищать нас от этого.

РОБИН: Ф-фух! Это хорошо.

Прямо перед окончанием встречи одна из участниц группы, которая до этого слушала молча, добавила:

БЕЛЛЬ: Вот сейчас, когда вы сказали, мол, она нас защищала, я сижу здесь и думаю, что *мы* определенно сильные люди, раз уж дожили до этого момента после всего того, через что нам пришлось пройти. И в то же время как будто все остальные вокруг нас такие нежные, что это мы должны защищать *их*. Как так получается? Должно же быть наоборот.

Эта сессия демонстрирует момент трансформации травматического воспоминания из диссоциированного образа в эмоциональный нарратив. Обратная связь от слушающих Робин участниц группы подтверждает ее опыт, поощряет ее уделять больше внимания своим чувствам, обещает, что другие способны вытерпеть ее чувства, и помогает ей самой их вынести.

На следующей неделе во время сессии Робин сообщает, что теперь она полностью вспомнила все и рассказала свою историю — уже с выражением чувств — любимому человеку. Ее больше не мучают сомнения. Группа начинает размышлять вслух о роли возвращения воспоминаний в общем процессе восстановления:

КОРИН: Я могу понять и твой срыв, и слезы. Пару месяцев назад со мной случилось то же самое. Я несколько дней только и повторяла: «Мне так страшно, так страшно», когда впервые появились воспоминания, связанные с сексом. Это ужасно, когда приходится возвращаться к своему страху.

РОБИН: Верно. Если бы не наша группа, не думаю, что я бы это сделала. Я никогда не сделала бы это в одиночку.

ЛЕЙЛА: У меня есть вопрос к группе о воспоминаниях. Бывает ли так, что вы вернулись к прошлому достаточное количество раз и ощущаете чувство завершенности?

ЛИНДСИ: Думаю, приходится продолжать возвращаться к нему.

КОРИН: Однако это постепенно теряет свой запал. Вот когда вспоминаешь в первый раз, в первый раз слышишь крики у себя в голове, это действительно неожиданно, и все твои чувства обострены. Но потом, после того как сделаешь это достаточное число раз, уже думаешь: «Да, это случилось» или «Гребаный ублюдок!» Теперь уж как есть, так есть. Через некоторое время ты сможешь уйти от этого, а можешь и никогда не уйти, но точно сможешь преодолеть скорбь и гнев.

Герман: Исходя из того, что я видела, не похоже, чтобы прошлое уходило окончательно, но иногда оно теряет свою хватку, свою способность заставить врасплох, ворваться и остановить поток жизни, заставить чувствовать себя совершенно «разобранной». Оно теряет свою власть.

Лейла (обращается к Робин): Ты чувствуешь, что прошлое больше над тобой не властно?

Робин: Едва ли! Но да, немного все-таки чувствую, потому что, когда я поняла, что случилось, я ощутила, что стала чуть больше это контролировать. Ведь меня больше всего пугало то, что у меня был этот невероятный страх и не было знания. *Узнать* было нелегко, но сейчас, во всяком случае, лучше, чем было, поскольку теперь я могу с кем-нибудь этим поделиться и сказать: «Эй! Я это пережила и выжила, и это не превратило меня в *слишком* большую неудачницу».

Джессика: Меня очень обнадеживает то, что ты способна пережить эти чувства.

Этот диалог показывает, как участницы группы помогают друг другу вынести ужас и растерянность, вызванные возвращением травматических воспоминаний. Аналогичным образом они могут помогать друг другу перенести боль оплакивания. Присутствие других участниц как свидетельниц дает возможность каждой из них выражать горе, которое было бы слишком тяжелым для одинокого человека. Разделяя это оплакивание, группа одновременно способствует возникновению надежды на новые отношения. Она придает оттенок официальности и ритуальной торжественности индивидуальной скорби; она помогает выжившей одновременно отдать дань своим прошлым утратам и возродить свою жизнь сегодня.

Креативность группы часто проявляется в создании общих ритуалов оплакивания и символов памяти. В одной группе участница рассказала, как была изгнана из большой и влиятельной семьи после разоблачения инцеста. Остальные участницы поддержали ее решимость не отказывать-

ся от своих слов, но при этом признали, что отчуждение от семьи должно быть для нее очень болезненным. При поддержке группы она смогла выразить скорбь по утрате тех вещей, которые больше всего ценила в своей семье: чувство принадлежности, гордость и верность. Она завершила свое оплакивание решением сменить фамилию. Члены группы отпраздновали подписание соответствующих документов церемонией, на которой приветствовали ее вступление в «новую семью» выживших.

Хотя участницы вместе проводят работу по оплакиванию, к этой задаче не обязательно подходить с чрезвычайной серьезностью. Более того, группа выявляет и множество светлых моментов. Участницы умеют находить друг в друге неожиданные сильные стороны, включая и чувство юмора. Иногда самые болезненные чувства можно частично облегчить общим смехом. Например, фантазии о мести часто теряют свою ужасающую силу, когда люди осознают, что они могут быть откровенно глупыми и смешными. Эпизод из работы другой группы переживших инцест иллюстрирует, как участница берет под контроль свои фантазии о мести после того, как они становятся всеобщим развлечением. Хотя этот диалог возникает ближе к завершению цикла работы группы, когда между участницами уже существует сильное чувство доверия, 24-летняя Мелисса говорит нерешительно и осторожно, когда впервые поднимает тему мести:

МЕЛИССА: Я думаю о том парне, который изнасиловал меня. Я невероятно зла, что это сошло ему с рук! Я до сих пор вижу самодовольное выражение его лица. Мне хотелось бы расцарапать ему рожу и оставить на ней здоровенные шрамы... Я хочу услышать ваше мнение. Кто-нибудь считает меня ужасной из-за того, что я так злюсь?

Группа хором отвечает: «Нет!» Другие участницы поощряют Мелиссу продолжать, рассказывая о собственных фантазиях о мести.

МАРГО: Царапины — слишком мягкое наказание за то, что он сделал!

МЕЛИССА: Ну, на самом деле у меня на уме было нечто большее. На самом деле... мне хотелось бы переломать ему колени бейсбольной битой.

МАРГО: Продолжай! Не останавливайся на этом!

МЕЛИССА: Мне хотелось бы сделать это не торопясь: начать с одного колена, потом перейти к другому. Я выбрала такое наказание, потому что тогда он чувствовал бы себя по-настоящему беспомощным. Тогда он понял бы, что чувствовала я. Кто-нибудь считает меня ужасной?

Опять раздается громкое и дружное «нет». Некоторые участницы группы уже начинают посмеиваться. По мере того как фантазии о мести становятся все более вопиющими, хохот становится громче.

ЛОРА: Ты уверена, что хочешь пройти только по его коленям?

МАРГО: У одного моего друга были проблемы с котом. Он сказал, что хлопот с ним стало намного меньше с тех пор, как они его кастрировали.

МЕЛИССА: Пусть только попробует кто-нибудь еще пристать ко мне на улице — костей не соберет. Я заставлю его ползать по мостовой.

МАРГО: Ага, например, перед едущим автобусом!

МЕЛИССА: Мне не хотелось бы делать что-то уж очень плохое, например выкалывать глаза... потому что я хотела бы, чтобы он *видел свои колени!*

Этот контрольный выстрел срывает лавину неудержимого хохота. Через некоторое время смех стихает, несколько женщин утирают слезы с глаз, а группа снова становится серьезной.

МЕЛИССА: Я хотела бы показать тому парню, который изнасиловал меня, что он сломил мое тело, но не смог уничтожить душу. Ее он не смог сломать!

Женщина, которая смеялась вместе со всеми, но ничего не говорила до этого момента, вступает в разговор.

КИРА: Это замечательно, какая сила чувствуется в тебе, когда ты говоришь. Он действительно не смог коснуться твоей души, что бы с тобой ни делал.

Женщины в этой группе могут свободно развивать свои фантазии, зная, что даже самые тихие и закрытые участницы присоединятся к общему смеху. Когда человек делится с другими своими фантазиями, они теряют значительную часть своей силы, и тогда он способен понять, насколько мало на самом деле нуждается в мести.

Поскольку группы, фокусирующиеся на травме, имеют заданную продолжительность работы, значительная часть интеграции совершается в момент ее завершения. В группах для женщин, переживших инцест, этот момент имеет достаточно формализованную форму, и все участницы вкладывают немало сил и эмоций в ритуалы прощания. Каждую просят в письменном

виде подготовить оценку своих достижений за время работы группы, а также приблизительную оценку работы по восстановлению, которая ждет ее впереди. Кроме того, ей предлагают подготовить такие же оценки для всех остальных участниц, а также дать отзыв на работу ведущих группы. Наконец, каждая участница готовит для всех остальных по воображаемому подарку²⁹. Давая другим обратную связь, участницы проявляют максимальную эмпатию, воображение и легкую игривость. Каждая уносит с собой не только собственный опыт достижения цели, но и осязаемое напоминание о группе. Воображаемые дары часто отражают желание участниц поделиться с другими какой-то частью себя. Во время одной церемонии прощания смелая, не любящая двусмысленностей женщина обращается со своим отзывом к Джоанне, более сдержанной подруге из группы:

«Я так многого желаю тебе, Джоанна! Я желаю тебе крепко держать эту сильную Джоанну и никогда больше ее от себя не отпускать. И я желаю тебе сил, чтобы бороться за свое существование на этой земле. И я желаю тебе решимости бороться за то, во что ты веришь: за свою независимость, свободу, здоровый брак, образование, карьеру и ОРГАЗМЫ с большой буквы О! И еще я желаю, чтобы у тебя было побольше мяса на костях, а спичек для твоих сигарет никогда не было! Но больше всего, Джоанна, я желаю тебе ценить себя такой, какая ты есть»³⁰.

Высокоструктурированные, формальные и ритуализированные задачи отзеркаливания решаются и во многих других группах, фокусирующихся на травме. Психологи Яэль Фишман и Хайме Росс описывают группу для переживших пытки беженцев — жертв политических репрессий, в которой метод письменных «свидетельских показаний» был включен в групповой процесс, а участников/участниц просили пересказывать опыт друг друга:

«Слушая, как чьи-то личные чувства пересказывает и выражает другой человек, члены группы обретали новое видение, которое позволяло им установить больший контроль над своими эмоциями. Прослушав ряд таких описаний, они обретали переживание универсальности»³¹.

Аналогичным образом Яэль Даниели в своей групповой работе с людьми, пережившими холокост, дает каждой семье задание реконструировать полное фамильное древо, учтя в нем каждого члена семьи, который выжил или был убит, и рассказать об этом древе другим участникам/участницам³². И в этом случае высокоструктурированная природа задания обеспечивает защиту членам группы, несмотря на то что они погру-

жаются в гнетущие воспоминания о прошлом. Ритуалы пересказа истории другим и другими создают осязаемые напоминания о существующих связях, хотя каждый выживший и каждая выжившая вспоминают тот момент, когда им было наиболее одиноко.

Прощальное пожелание одной участницы группы другой — «ценить себя такой, какая ты есть» — обычно воплощается в жизнь после завершения работы группы, фокусирующийся на травме. Выпускниц групп для переживших инцест просят заполнить повторный опросник через шесть месяцев после окончания встреч. Эти женщины регулярно сообщают о том, что стали лучше относиться к себе. Подавляющее большинство (более 80%) говорят об уменьшении ощущений стыда, изоляции и стигмы, а также о том, что они теперь способны лучше защищать себя. Однако они не сообщают о глобальных улучшениях в своей жизни. Восстановление чувства «я» может привести к улучшению отношений с другими, а может и не привести. Действительно, многие говорят, что их семейные отношения и сексуальная жизнь даже ухудшились или стали более конфликтными, поскольку они перестали привычно пренебрегать собственными желаниями и потребностями. Одна выжившая определяет эту перемену так:

«В этом случае, мне кажется, “хуже” — это “лучше”. Я стараюсь держать дистанцию и оставаться в безопасности! Я более открыто говорю о своих чувствах и желаниях. Я чувствую, что уже не так охотно мирюсь с тем, что меня эксплуатируют или подвергают насилию»³³.

Сходные результаты наблюдаются при повторных исследованиях ветеранов с посттравматическим стрессовым расстройством, которые завершили интенсивную, с установленными временными границами, групповую программу лечения в стационаре. Эти мужчины чаще всего описывали рост самооценки и ослабление чувства изоляции. Симптомы психического онемения ослабевали после того, как они лицом к лицу встречались со своими историями в безопасной обстановке группы, и их отношения с другими людьми, как правило, улучшались, когда они избавлялись от стыда и выходили из состояния закрытости и бесчувственности. Отзывы этих ветеранов после лечения практически слово в слово совпадают с аналогичными отзывами участниц групп для переживших инцест: мужчины часто упоминают в числе наиболее важных результатов работы группы возвращение способностей к доверию, любви и принятию себя. Как выразился один ветеран:

«Прежде всего, я обрел ощущение принадлежности к чему-то — что где-то мне рады и я являюсь частью чего-то хорошего»³⁴.

Повторный опрос ветеранов также указывает на некоторые ограничения в эффективности группового лечения. В то время как мужчины в целом стали лучше относиться к себе и ощущали большую связь с другими, они сообщали, что меньше всего изменения коснулись интрузивных симптомов. Многие продолжали жаловаться на флешбэки, нарушения сна и кошмары. Многие бывшие участницы групп для переживших инцест впоследствии также жаловались, что их по-прежнему беспокоят флешбэки, особенно во время сексуализированных взаимодействий. Таким образом, групповое лечение дополняет интенсивное индивидуальное исследование травмы, но не обязательно заменяет его. Социальные, отношенческие проблемы травматического синдрома полнее решаются в группе, чем в рамках индивидуального лечения, в то время как *физионевроз* травмы требует крайне специфичного, индивидуализированного подхода к десенситизации травматического воспоминания. Оба компонента лечения могут быть необходимы для полного восстановления.

Модель группы, имеющей общую цель и ограниченной по срокам, представляется широко применимой — с некоторыми вариациями — с людьми, пережившими различные формы травмы. Напротив, модель слабоструктурированной группы «с открытой датой» кажется намного менее подходящей для задач работы по раскрытию травматических воспоминаний. Такая модель, как правило, не обеспечивает ни безопасности, ни сфокусированности, необходимых для этого предприятия. Всего в нескольких случаях она показала себя успешной в работе с людьми, пережившими травму. Например, одна группа для женщин с расстройством множественной личности проводила собрания на протяжении более двух лет. Группа, по-видимому, сама прошла в развитии три стадии: постепенно наращивала доверие и фокусировалась на управлении симптомами в первый год, начала обсуждать истории травм к началу второго года, а разрешать конфликты между членами группы — только к середине того же года³⁵. Можно ли воспроизвести эти впечатляющие результаты, покажет только время.

Группы для восстановления связей

Когда люди, пережившие травмирующий опыт, переходят на третью стадию восстановления, число вариантов выбора возрастает. В зависимости от того, как человек определяет свои приоритеты, полезными могут оказаться разные типы групп. Группа, фокусирующаяся на травме, может оставаться наиболее подходящим вариантом, если пострадавшему или

пострадавшей необходимо справиться с конкретной проблемой, которая мешает развитию отношений. Например, человек, подвергавшийся насилию в детстве, может хотеть решить проблему замалчивания, которая препятствует более искренним отношениям с его семьей. Также для подобных групп хорошо подходит задача подготовки семейного разоблачения. Члены группы обладают почти сверхъестественной способностью понимать динамику отношений в семьях друг друга, и, хотя они могут чувствовать себя нерешительными, парализованными и беспомощными в общении с собственными родственниками, в отношении других семей их ничего так не сдерживает. Изобретательность, воображение и чувство юмора других членов группы обеспечивают бесценную помощь человеку, который пытается обсуждать возможность перемен в устоявшихся семейных отношениях.

Аналогичным образом участие в ограниченной по времени, сфокусированной на травме группе может подойти людям с проблемой посттравматической сексуальной дисфункции. В ходе одного из немногих контролируемых исследований в этой области психолог Джудит Бекер и ее коллеги сравнили результаты десяти сеансов индивидуального и группового лечения сексуальных проблем, связанных с травмой. Оба типа терапии имели поведенческую направленность с четко определенными методами и целями. Задачей было помочь каждой участнице «обрести контроль над своей сексуальностью путем постепенного контролируемого воздействия включающих страх сексуальных ситуаций, поступков и взаимодействий»³⁶. Как индивидуальное, так и групповое лечение показало себя высокоэффективным для задачи контроля таких травматических симптомов как флешбэки изнасилования. Однако спустя три месяца результаты лечения в группе явно и во всех аспектах превосходили достижения индивидуального формата терапии: участницы групп сообщали о более широком и устойчивом терапевтическом эффекте.

Другие остаточные проблемы, такие как перевозбуждение и страхи, также можно продуктивно решать в групповом сеттинге, например на курсах самообороны. Опять же, это сфокусированный на задаче, ограниченный по времени групповой опыт, хотя и не групповая терапия. Опытные инструкторы самообороны признают крайне эмоциональную природу своей работы и понимают, что ответственны за создание безопасной психологической атмосферы, не претендуя при этом на роль терапевтов. Поддержка группы помогает выжившим получать и использовать новые навыки вопреки своим страхам, а пример других дарит надежду и вдохновение. Мелисса Соулт подчеркивает важность группы как источника силы во время обучения женщин самозащите:

«Уже само ощущение, которое возникает, когда пятнадцать человек болеют за тебя, желают тебе успеха, — это очень необычное переживание для женщин в нашей культуре. Именно это переживание связи с другими помогает уменьшить страх или оцепенение. Люди, которым впоследствии пришлось воспользоваться своими навыками самозащиты, рассказывают, что в момент опасности они слышали эти голоса, слышали, как группа подбадривала их»³⁷.

В то время как группа, фокусирующаяся на травме, может быть полезна для работы с определенными остаточными проблемами на третьей стадии восстановления, более общие трудности в отношениях лучше решать с помощью групповой межличностной психотерапии. Многие пострадавшие, особенно те, что перенесли длительную повторяющуюся травму, понимают, что это событие ограничило и исказило их способность к близости с другими людьми. Сильвия Фрейзер размышляет о своих вечных трудностях в формировании отношений после того, как она пережила инцест:

«Больше всего я жалею, что слишком поглощена собой. Я слишком часто шла сомнамбулой по жизням других людей, обратив взор внутрь себя и смывая с рук кровь. Самым трудным для меня было отречься от своего чувства уникальности, позволить принцессе умереть вместе со спрятанной во мне истерзанной виной девочкой и увидеть вместо этого уникальность окружающего меня мира»³⁸.

Одной осознанности недостаточно, чтобы изменить сложившиеся паттерны отношений. Требуется неоднократная практика. Группа межличностной психотерапии с открытой датой завершения работы предоставляет защищенное пространство для такой практики. В ней есть место и эмпатическому пониманию, и прямому вызову. Поддержка группы дает каждой участнице возможность без чрезмерного стыда признать, какие аспекты ее поведения не слишком адаптивны, и помогает рискнуть начать строить отношения по-новому.

Группа, фокусирующаяся на межличностных отношениях, имеет совершенно иную структуру, чем группа, фокусирующаяся на травме. Четкие различия в их структурах отражают различия в терапевтических задачах. Временной фокус межличностной группы сосредоточен на настоящем, а не на прошлом. Участниц поощряют обращать внимание на свои интеракции здесь и сейчас. Хорошо, если состав группы будет скорее разнообразным, чем гомогенным. Нет никаких причин ограничивать его

людьми, разделяющими конкретный общий травматический опыт, так как цель группы помочь каждому члену в настоящем усилить чувство принадлежности к человеческой общности.

Если встречи групп, фокусирующихся на травме, как правило, продолжаются заданное время, то для групп межличностных отношений обычно характерны открытая дата завершения и стабильный, медленно меняющийся состав. Если группы, фокусирующиеся на травме, отличаются высокой структурированностью и активной позицией ведущих, то межличностные группы сравнительно неструктурированы, стиль ведения — более свободный. Вопросы вроде распределения времени, которые в группе, фокусирующейся на травме, решают ведущие, в группе межличностных отношений решаются путем переговоров между участницами/участниками. Наконец, если группы, фокусирующиеся на травме, не поддерживают конфликты между своими членами, то группы межличностных отношений допускают и даже поощряют их возникновение в безопасных пределах. Более того, эти конфликты необходимы для решения терапевтических задач, поскольку именно через их анализ и разрешение участницы/участники приходят к новым пониманиям и изменениям. Обратная связь — и поддерживающая, и критическая, — которую каждый член группы получает от других, — мощный инструмент терапевтических изменений³⁹.

Для людей, переживших травмирующий опыт, участие в группе межличностных отношений — серьезный вызов. Когда-то им уже пришлось ощутить себя выброшенными далеко за пределы человеческих социальных договоренностей, и они много работали над тем, чтобы достичь точки, где хотя бы чувствуют, что, возможно, другие выжившие в состоянии их понять. И теперь они прикасаются к возможности воссоединиться с более широким миром и создать связи с большим количеством людей. Очевидно, это задача для последней стадии восстановления. Выжившие должны быть готовы отказаться от «уникальности» своей идентичности. Только к этому моменту они могут начать думать о своей истории как об одной из многих и представлять свою личную трагедию как часть условий человеческого существования. Ричард Роудс, переживший жесточайшее насилие в детстве, так описывает эту трансформацию:

«Я понимаю, что мир полон ужасных страданий, по сравнению с которым маленькие неудобства моего детства — капля в море»⁴⁰.

Выжившие входят в группу межличностной психотерапии, обремененные знанием, что травма по-прежнему живет в их повседневных отношениях с другими людьми. А когда они покидают группу, они уже знают, что

травму можно преодолеть активной вовлеченностью в отношения с другими — они способны полностью присутствовать во взаимных отношениях. И хотя они несут на себе неизгладимый отпечаток прошлого опыта, они также воспринимают свои ограничения в более широком контексте — как часть обстоятельств человеческого существования. Они признают, что в какой-то степени каждый — узник прошлого. Углубляя свое понимание трудностей любых человеческих отношений, они вместе с тем учатся дорожить выстраданными моментами близости.

Общность с другими людьми несет в себе все смыслы слова «общий». Она означает принадлежность к обществу, наличие общественной роли, причастность к универсальному. Она означает чувство знакомства, известности, сопричастности. Она означает принятие участия в традиционном, обыденном, привычном и повседневном. Она также содержит в себе чувство малости, незначительности, ощущение, что твои собственные проблемы — «капля в море». Выжившие, достигшие общности с другими, могут отдохнуть от праведных трудов. Их восстановление завершено; впереди только их жизнь.

Послесловие

ДИАЛЕКТИКА ТРАВМЫ: ПРОДОЛЖЕНИЕ

Взявшись писать «Травму и восстановление», я стремилась интегрировать накопленные знания и опыт многих клиницистов, исследователей и политических активистов, свидетельствовавших о психологическом воздействии насилия. Мне хотелось соединить в одном всеобъемлющем трактате свод знаний, которые на протяжении минувшего столетия периодически предавались забвению, а потом открывались заново. Я утверждала, что исследования психологической травмы — это в основе своей политическое предприятие, поскольку они привлекают внимание к опыту угнетенных. Я предсказывала, что эта сфера будет по-прежнему окружена спорами и противоречиями, каким бы прочным ни был ее эмпирический фундамент, поскольку в мире продолжают действовать те же исторические силы, что в прошлом обрекали важные открытия на забвение. Я утверждала, наконец, что только неразрывная связь с глобальным политическим движением за права человека могла бы в итоге поддерживать нашу способность говорить вслух о невыразимых вещах.

За пять лет после публикации этой книги счет новым жертвам насилия пошел на миллионы. Массовые зверства, совершенные в ходе войн в Европе, Азии и Африке, сфокусировали международное внимание на опустошительном воздействии насилия и способствовали признанию того, что психологическая травма действительно является общемировым феноменом¹. В то же время, поскольку наблюдения, согласно которым якобы существуют различия между гражданским населением и солдатами на войне, повсеместно опровергнуты, политическая природа насилия против женщин и детей стала более очевидной. Вопиющее, систематическое применение по всему миру изнасилования как инструмента войны создало чудовищный повод для повышения осознанности². В результате изнасилование было на международном уровне признано нарушением прав человека, а преступлениям против женщин и детей была присвое-

на (по крайней мере, в теории) такая же степень тяжести, как и другим военным преступлениям³.

Ряд масштабных общественных исследований в США продемонстрировал, что даже в мирное время люди подвергаются насилию гораздо чаще и страдают от его последствий гораздо сильнее, чем кому-либо хотелось бы верить⁴. Долговременные последствия свойственного нашему обществу социального насилия лишь начинают получать должную оценку⁵.

Например, одна команда ученых провела масштабное долгосрочное исследование, отслеживая судьбу группы девочек, пострадавших от доказанных случаев сексуального насилия, по мере того как эти девочки становились подростками, а затем взрослыми. Это исследование, которое длится уже десятый год, с прежде недостижимой степенью научной строгости, демонстрирует глубинное воздействие детской травмы на развитие личности⁶. Такие работы добавляют веса огромному на сегодняшний день объему данных, свидетельствующих о том, в какую цену нам обходится насилие.

Как и было предсказано, изучение психологической травмы осталось темой крайне противоречивой. Многие клиницисты, исследователи и политические консультанты, работающие с травмированными людьми, подверглись яростной критике. Однако, вопреки массивному наступлению, эта сфера пока энергично сопротивляется попыткам заставить ее «исчезнуть». Напротив, за последние пять лет научные исследования в области травматического стресса стали более зрелыми, а их количество заметно возросло. Фундаментальный вопрос о существовании ПТСР больше не подлежит обсуждению⁷. С определением основных очертаний этой сферы эра первопроходцев завершилась, и исследования стали одновременно и более изощренными технически, и в некоторых аспектах более обыденными. Новое поколение работ, изучающих психологическую травму, расширяет масштаб и увеличивает точность понимания влияния травмирующих событий.

Один из самых волнующих прорывов на этом поприще совершился в результате высокотехнологичных лабораторных исследований биологических аспектов ПТСР. Стало ясно, что воздействие травмы может вызывать долговременные изменения в эндокринной, автономной (вегетативной) и центральной нервной системах⁸. Новые исследования описывают сложные изменения в регулировании гормонов стресса⁹, в функциях и даже структуре определенных областей головного мозга. Особенно значительные отклонения от нормы были обнаружены в миндалине и гиппокампе — структурах мозга, которые ответственны за связь между страхом и памятью¹⁰.

Биологические, клинические и социальные исследования продолжались, чтобы сойтись в одной точке — удивительном феномене диссоциации. Стало ясно, что, как сто лет назад заметил Жане, диссоциация занимает центральное место в травматических стрессовых расстройствах. Исследования пострадавших в результате катастроф, террористических атак и боевых действий показали, что люди, входящие в диссоциативное состояние в момент травмирующего события, впоследствии оказываются в числе тех, у кого с наибольшей вероятностью развивается длительное ПТСР¹¹. Прежде многие клиницисты, в том числе и я, рассматривали способность отключать сознание от тела как милосердный природный защитный механизм, как творческий и адаптивный способ психологической борьбы против всепоглощающего ужаса. Теперь же все идет к тому, что этот весьма оптимистичный взгляд на диссоциацию придется пересмотреть.

Хотя она предоставляет средства для осуществления психологического побега в момент, когда никакой другой побег невозможен, быть может, это временное облегчение страданий от ужаса в итоге обходится слишком дорого.

Дальнейшие доказательства патогенной роли диссоциации пришли из масштабного клинического и социологического исследования травмированных людей, проведенного специальным подразделением Американской психиатрической ассоциации. В ходе этого исследования выяснилось, что люди, сообщавшие о наличии у себя диссоциативных симптомов, с большой вероятностью развивали и стойкие соматические симптомы, для которых невозможно было найти физических причин. Они также часто прибегали к самоповреждению¹². Результаты этих исследований подкрепляют возникшую сто лет назад идею о том, что травмированный человек воспроизводит в своем теле моменты ужаса, которые не может описать словами. Похоже, диссоциация является механизмом, с помощью которого сильные сенсорные и эмоциональные ощущения отключаются от социальной сферы языка и памяти, тем внутренним механизмом, который заставляет молчать напуганных людей¹³.

Лабораторные исследования уже начали раскрывать нейробиологию диссоциации. Например, один изящный эксперимент продемонстрировал, что сходное психологическое состояние можно вызвать у обычных испытуемых фармакологическими методами. Это было достигнуто путем приема участниками исследования кетамина* — препарата, который про-

* В России кетамин включен в список психотропных веществ и его применение в медицине сильно ограничено. (Прим. ред.)

тивнодействует активности нейротрансмиттера глутамата в центральной нервной системе. В отличие от травмированных людей участники эксперимента не сообщали ни о каком субъективном переживании страха. Однако они ощущали характерные диссоциативные изменения внимания, восприятия и памяти, включая нечувствительность к боли, субъективное ощущение замедления времени, деперсонализацию, дереализацию и амнезию¹⁴. Считается, что действие кетамина заключается в подавлении активности крупных нейронов в коре головного мозга. Эти нейроны формируют сложную сеть ассоциативных путей, связывая области мозга, вовлеченные в работу памяти, речи, абстрактного мышления и социальной коммуникации. Временная деактивация этих путей в ходе эксперимента воспроизводит диссоциативное состояние.

Таким образом, *диссоциация* — описательный термин, выведенный исключительно из клинического наблюдения, — может оказаться точным названием и для нейробиологического феномена. Требуются дальнейшие исследования, чтобы выяснить, запускает ли сильный страх сходный механизм для инактивации кортикальных ассоциативных путей в головном мозге. Предварительные результаты исследований, включающих сканирование мозга пациентов с ПТСР с использованием позитронной эмиссионной томографии, указывают, что во время флешбэков специфические области мозга, связанные с речью и коммуникацией, действительно могут инактивироваться¹⁵.

По мере того как продолжают накапливаться доказательства первостепенной роли диссоциации в травматических стрессовых расстройствах, также становится очевидно, что диссоциация предоставляет возможность заглянуть в сознание, память, а также пролить свет на связи между телом и умом. Поэтому посттравматические и диссоциативные феномены начинают привлекать внимание нового поколения исследователей-теоретиков, чей интерес вырастает не из прямого взаимодействия с людьми, пережившими травмирующий опыт, а скорее продиктован более абстрактным научным любопытством. Это достижение — долгожданный признак того, что исследования травматического стресса приобретают легитимный статус внутри общепризнанных направлений научных изысканий.

Однако легитимность может быть и даром, и проклятием. Следующему поколению, возможно, будет недоставать интеллектуального и социального вызова, который вдохновлял многих ранних исследователей. В этой новой, более традиционной фазе научного интереса есть некоторый повод для опасения, что интегративные концепции и контекстуальное понимание психологической травмы могут быть утрачены как раз тогда, когда приобретается более точное и конкретное знание. Сама

важность недавних биологических открытий, связанных с ПТСР, может привести к суженному, преимущественно биологическому фокусу исследований. Поскольку сфера изучения травматического стресса «взрослеет», новому поколению исследователей придется заново открывать важнейшую взаимосвязь биологических, психологических, социальных и политических измерений травмы.

Необходимо также особо позаботиться о том, чтобы избежать воспроизведения паттерна эксплуататорских отношений внутри самого исследования. Люди, пережившие ужасные события, часто добровольно вызываются принять участие в экспериментах в надежде, что этим вкладом смогут помочь другим и придать смысл и достоинство своим страданиям. Отношения между выжившими и исследователем подвержены тому же дисбалансу власти и тому же заражению эмоциями, что и любые другие отношения. Первые исследователи часто развивали крепкие личные связи и политическую солидарность с пережившими травму, рассматривая их скорее как партнеров в общем деле, чем как объекты для изучения. В научном сообществе распространено мнение, что непредвзятое наблюдение требует отстраненной обезличенной позиции, поэтому поддерживать такого рода близкие взаимные отношения в контексте научной культуры может оказаться непросто. Однако без таких отношений возможность подлинного понимания неизбежно утрачивается.

Рабочие отношения сотрудничества с людьми, пережившими травму, также остаются краеугольным камнем лечения ПТСР. Принцип восстановления человеческого контакта и агентности* остается центральным для процесса восстановления, и никакие технические терапевтические нововведения, скорее всего, его не заменят. В то же время, поскольку накопились свидетельства устойчивых биологических изменений при ПТСР, все больше внимания уделяется поискам специфического лечения, которое могло бы смягчить эти эффекты.

В последние пять лет появилось множество новаторских методов лечения, которые теперь начали конкурировать за признание. Сравнение новых методов лечения, разработанных независимо друг от друга разными творческими исследователями, может позволить понять кое-что в их фундаментальных общих принципах¹⁶. Консенсус в отношении наиболее эффективных подходов к лечению ПТСР будет возможен после подведения результатов еще многих тщательно контролируемых исследований

* *Агэнсу* (англ.) — активная, влиятельная, авторская позиция в отношении собственной жизни, где человек выступает основным источником действий в ней и ее понимания.

результатов лечения. Ряд таких исследований находится в разработке или уже в процессе проведения, эти исследования должны принести плоды в ближайшие годы.

Понимание процесса восстановления также можно обрести, опираясь на мудрость большинства людей из разных мест по всему миру, переживших травмирующий опыт и никогда не проходивших официального лечения какого бы то ни было рода. Чтобы восстановиться в той мере, в какой им это удалось, выжившие должны были изобрести собственные методы, опираясь на личные сильные стороны и отношения поддержки, естественно доступные им в их сообществах. Систематическое изучение резильентности выживших, не проходивших лечения, является весьма многообещающим для развития более эффективных и адаптируемых к разным условиям методов терапевтического вмешательства¹⁷. Поиск простых и воспроизводимых моделей вмешательства стал теперь интернациональным, межкультурным проектом в рамках нарастающих попыток усилить международную реакцию на вспышки войн и массового насилия.

Стадии восстановления можно наблюдать не только в процессе исцеления отдельных людей, но и в процессе исцеления травмированных сообществ. Международные дипломатические, военные и гуманитарные миссии призваны заново обеспечить базовую безопасность во многих странах, опустошенных войнами. Обеспечение безопасности в таком масштабе требует положить немедленный конец насилию, сдерживать (если не разоружать) агрессоров и заботиться о базовых жизненных потребностях пострадавших.

Классические политические конфликты между жертвами, преступниками и сторонними зрителями были воспроизведены в самых недавних миротворческих усилиях. И снова жертвы были возмущены очевидным безразличием пассивных наблюдателей. И снова совершающие зверства преступники злорадствовали на глазах у всего мира. Едва ли нужно приводить перечень ужасающих примеров неадекватности международного вмешательства в Африке и Южной Европе*. Тем не менее организация миротворчества в масштабе, который превосходит обычные дипломатические цели и военные интересы отдельных государств, представляет собой важное достижение.

Во многих странах, недавно оправившихся от диктатуры или гражданской войны, стало очевидно, что немедленное прекращение насилия

* Очевидно, имеются в виду война в Персидском заливе (1991 г.) и войны на территории бывшей Югославии (90-е годы), осуществлявшиеся в основном силами НАТО под эгидой гуманитарной интервенции. (Прим. ред.)

и забота о базовых жизненных потребностях пострадавшего населения — необходимые, но недостаточные условия для исцеления общества. После длительного систематического политического насилия целые сообщества могут демонстрировать симптомы ПТСР, оказавшись в ловушке чередующихся циклов психического онемения и интрузии, молчания и воспроизведения травмы. Восстановление требует вспоминания и оплакивания. Из опыта установления демократических режимов в Латинской Америке, Восточной Европе и Африке становится очевидно, что восстановление чувства социальной общности требует публичного процесса, где жертвы смогут высказать свою правду, а их страдания будут официально признаны. Вдобавок воцарение сколько-нибудь продолжительного мира требует организованных усилий по привлечению отдельных преступников к ответу за их преступления. По меньшей мере ответственные за самые ужасные преступления должны быть преданы суду. Если нет никакой надежды на справедливость, беспомощная ярость виктимизированных групп населения может превратиться в нарыв, не поддающийся «лечению временем». Политические лидеры-демагоги прекрасно понимают силу этой ярости и с удовольствием эксплуатируют ее, привлекая пострадавших обещанием коллективного отмщения. Как и травмированным индивидуумам, травмированным странам нужно вспоминать, скорбеть и раскаиваться в своих ошибках, чтобы избежать повторения подобных событий¹⁸.

После окончания диктатуры и войны диалектика травмы часто проявляется как яростная борьба вокруг вопроса о безнаказанности. Преступники, совершившие массовые политические преступления, могут по-прежнему удерживать власть даже после того, как их основная деятельность была пресечена, и они совершенно не заинтересованы в публичном обсуждении правды. Напротив, они всячески стараются сохранять тайну и свирепо сопротивляются любым попыткам призвать их к ответу за совершенные преступления.

Боясь перспективы международного суда, преступники часто становятся крайне агрессивны. В своих действиях они используют те же методы запугивания и обмана, которыми некогда пользовались, чтобы править своими жертвами. Когда вновь избранные правительства в Южной Европе, Латинской Америке, Центральной Америке и Южной Африке пытались разоблачить политические преступления недавнего прошлого, они встречались с яростным отпором. Преступники делают все, что в их силах, чтобы уйти безнаказанными. Они требуют амнистии — политической формы амнезии.

Под угрозой возобновления насилия в одной стране за другой разрывался конфликт между знанием и незнанием, голосом и молчанием,

вспоминанием и забыванием. Чтобы поддержать доставшийся дорогой ценой мир, хрупкие новорожденные демократии часто подчинялись требованиям и объявляли амнистию, хоть и пытались избежать полной утраты памяти. В Латинской Америке многие страны допустили составление официального отчета о нарушениях прав человека, но отказались от попытки предать преступников суду. В бывшей Югославии международное сообщество поддержало учреждение трибунала по военным преступлениям, но оказалось не готово арестовать и привлечь к суду обвиненных военных преступников. В Южной Африке официально учрежденная Комиссия правды и примирения назначила ограниченный период времени, в который преступникам будет дарована амнистия в обмен на публичное признание. Эта сделка основана на негласном убеждении, что если уж нельзя добиться полной справедливости, то публичное признание истины важнее, чем наказание преступников. Однако принцип ответственности перед законом не был в этом случае полностью нарушен, поскольку правительство недвусмысленно заявило о своей решимости преследовать политических преступников, которые не признаются добровольно. Результат этого недавнего эксперимента по социальному исцелению еще не определен*.

В других частях света новообразованным демократиям пришлось довольствоваться перечнем злоупотреблений прошлого, характерных для всей политической системы. В этих обществах (например, в Восточной Европе) диктатура требовала не просто молчаливого согласия со своими преступлениями, но и соучастия в них со стороны простого населения. В результате огромное число людей предавали доверие соседей, друзей и родственников. Эти общества ныне сталкиваются с проблемой установления ответственности за акты насилия, которые были повсеместными и официально одобренными на момент совершения. Привлечь всех соучастников к ответственности просто невозможно, даже если бы стояла такая цель. Однако без какой-то формы публичного признания и возмещения ущерба все социальные отношения останутся отравленными разлагающей динамикой отрицания и скрытности.

Наше собственное общество сталкивается с похожей дилеммой в отношении наследия рабства. Проявления межрасовой вражды постоянно создают потенциал для насилия в США. Самые серьезные гражданские волнения последних нескольких лет, бунты в Лос-Анджелесе**, были

* В итоге было подано 7111 прошений об амнистии, из которых было удовлетворено 849. (Прим. ред.)

** Лос-анджелесский бунт — массовые беспорядки, происходившие в Лос-Анджелесе с 29 апреля по 4 мая 1992 года, повлекшие гибель 63 человек и причинение ущерба на сумму в 1 миллиард долларов. (Прим. ред.)

спровоцированы неспособностью правовой системы привлечь белых полицейских к ответственности за жестокое избиение невооруженного чернокожего. В афроамериканском сообществе прекрасно понимали, что подобные акты насилия — это политические преступления, совершаемые в рамках систематического расового угнетения. Главным в судебном процессе стал вопрос, будет ли широкое американское общество мириться с вопиющим нарушением прав человека. В данном случае обязанность засвидетельствовать преступление легла на jury присяжных. В отказе присяжных видеть преступление, доказанное у них на глазах, можно распознать знакомые оборонительные реакции отрицания, дистанцирования и диссоциации. Как это часто бывает, сторонние наблюдатели предпочли отождествиться с преступниками, а не с жертвой, и именно это предательство, а не просто насилие со стороны полиции, спровоцировало общественный взрыв протеста и смертельной ярости*. Прочитирую слова одного общественного активиста:

*Знаете, насчет «нет справедливости — нет мира»...
Полагаю, вы могли бы сказать, что это очень просто,
но для меня это всего лишь, гм, несложно.
В то же время смысл здесь глубокий,
а вовсе не мелкий.
По сути, это значит: если здесь не будет справедливости,
то мы не дадим им мира.
Знаете, у нас-то никакого мира нет,
Вот и у них не будет никакого мира¹⁹.*

Проблема терпимости к повальному злоупотреблению властью также присуща и отношению к преступлениям сексуального и домашнего насилия. Поскольку подчиненное положение женщин и детей глубоко укоренено в нашей культуре, применение силы против женщин и детей лишь недавно было признано нарушением основных прав человека. Широко распространенные паттерны принудительного контроля, такие как избиения, преследование, сексуальные домогательства и изнасилование знакомым, даже не имели названия (не говоря уже о признании их преступлениями), пока не получили свое определение от феминистского

* В результате этого протеста над полицейскими состоялся повторный суд, по результатам которого все четверо были признаны виновными. Их уволили из полиции. Родни Кингу, пострадавшему, была выплачена компенсация в размере 3,8 млн долларов. (Прим. ред.)

движения. Даже формы насилия, которые были номинально криминализованы, например сексуальное насилие в отношении детей, в прошлом так редко предавались огласке или доводились до суда, что преступникам была практически гарантирована безнаказанность.

Однако в последние два десятилетия реформы законов, вдохновленные феминистским движением, открыли чуть больше возможностей для жертв сексуального и домашнего насилия при поисках справедливости в суде, а разросшаяся сеть убежищ для подвергающихся насилию поспособствовала росту числа тех, кто решился противостоять абьюзерам. В результате, хотя большинство пострадавших по-прежнему избегают выдвигать какие бы то ни было официальные обвинения, преступники больше не могут быть стопроцентно уверены в том, что им удастся избежать правосудия. В ряде получивших большую огласку судебных процессов известным и влиятельным мужчинам (священникам, политикам, спортсменам) пришлось ответить за преступления против женщин или детей, которые они явно чувствовали себя вправе совершать. Эти судебные процессы послужили своего рода политическим театром, в котором заново разыгрывается трагедия и обсуждаются сложные моральные вопросы ответственности.

Столкнувшись с возможностью публичной расплаты, обвиняемые преступники организовали массированные атаки на надежность показаний жертв. Детские адвокаты, психотерапевты и другие люди, свидетельствующие на стороне пострадавших и оказывающие поддержку жертвам, тоже подвергаются агрессивным и организованным нападениям²⁰. Особенно острым стал конфликт вокруг сексуального насилия над детьми. Поскольку дети — наиболее беспомощные жертвы, часто зависящие от своих абьюзеров, их шансы на справедливость всегда были самыми слабыми. Вдобавок у детей, подвергающихся длительному повторяющемуся насилию, особенно часто развиваются нарушения памяти, которые еще сильнее подрывают их способность рассказать свою историю²¹. Многие штаты США старались исправить эту несправедливость, расширив законодательные ограничения для сексуальных посягательств на детей. Взрослым пострадавшим, которые после периода амнезии с запозданием вспоминают насилие над собой, была дана возможность давать показания и требовать компенсации в суде. Эта реформа существенно развязала руки закону.

В ответ на это адвокаты обвиняемых утверждали, что претензии, основанные на возвращенных спустя время воспоминаниях, следует отвергать с ходу, поскольку такие воспоминания никак не могут быть правдой. По их словам, эти истории являются абсолютной выдумкой, состря-

панной психотерапевтами и внедренной в податливые умы посредством напористого убеждения. Решившихся обнародовать свои детские воспоминания пострадавших изображали пешками в играх психотерапевтов, обладающих выдающимися способностями к внушению²².

Когда эти аргументы несколько лет назад были выдвинуты впервые, я сочла их нелепо неправдоподобными и была уверена, что их откровенный расчет на устоявшиеся предубеждения будет очевиден всем и сразу. В конце концов, не зря же женское движение потратило двадцать лет, опровергая догму о том, что женщины и дети от природы склонны ко лжи, фантазиям и фабрикации историй о сексуальных преступлениях. За это время удалось точно установить, что жертвы достаточно компетентны, чтобы давать показания о собственном опыте. Однако в ход снова пошла артиллерия авторитетов, заявляющих, что пострадавшие слишком слабы и глупы, чтобы разбираться в работе собственного ума. Разве мы не только что прошли через все это? Разве нам действительно нужно все начинать сначала?

Ответ на этот вопрос был однозначно положительным. Представление о «заразности» ложных жалоб задело отзывчивую струну в общественных СМИ и некоторых академических кругах. Был поднят крик об «охоте на ведьм», в общественное сознание внедрялся образ стаи неразумных и мстительных женщин, только и способных клеветать на всех без разбору. Особенно яростную враждебность и презрение вызывало «движение за восстановление», объединявшее людей, переживших насилие в детстве, и их союзников-терапевтов²³. Прессе, похоже, надоели истории про жертв, и она с готовностью перебежала на сторону тех, кто называл все обвинения огульными²⁴.

Кампания по недоверию к жертвам и терапевтам добилась некоторого успеха и в залах суда²⁵. В ряде случаев взрослым женщинам было отказано в праве дачи показаний из опасений, что их разум, возможно, был «заражен» психотерапией²⁶. В одном широко известном деле отец, обвиненный дочерью в инцесте, подал иск о возмещении ущерба и добился положительного решения вопреки тому факту, что присяжные так и не сумели решить, были эти обвинения истинными или ложными. Дочь не привлекли к ответственности за ущерб, нанесенный отцу. Зато жюри сочло, что ответственности подлежит *терапевт* дочери — за то, что поддержала уверенность своей пациентки в том, что она подверглась насилию и оказала помощь в возвращении воспоминаний. Во время дачи показаний в защиту своего терапевта молодая женщина утверждала, что она одна ответственна за свои воспоминания. «Кажется, до моего отца не дошло, — констатировала она на трибуне свидетелей. — Это я, и только

я говорю ему, что он насиловал меня»²⁷. Жюри проигнорировало ее показания. И снова жертва стала невидимой.

Это судебное разбирательство стало для психотерапевтов сигналом о том, что, слушая людей, переживших насилие, они подвергают себя определенному риску. Я полагаю, что в основе нападок на психотерапию лежит понимание потенциальной силы любых отношений свидетельства. Кабинет консультанта — привилегированное место, посвященное воспоминаниям. В этом пространстве выжившие обретают свободу знать и рассказывать свои истории. Совершенные даже в самом частном и конфиденциальном контексте разоблачения насилия в прошлом повышают вероятность публичного разоблачения в будущем. Публичное разоблачение — именно то, что преступники всячески стараются предотвратить. Как и в случаях публичного разоблачения политических преступлений, преступники будут упорно бороться, чтобы их злодеяния так и остались невидимыми, непризнанными и преданными забвению.

Вновь на наших глазах разыгрывается диалектика травмы²⁸. Стоит вспомнить, что это не первый в истории случай, когда те, кто внимательно слушал травмированных людей, подвергались испытаниям. Не будет он и последним. В последние несколько лет многим клиницистам пришлось столкнуться с теми же тактиками преследования и запугивания, которые долго испытывали на себе народные защитники женщин, детей и других притесняемых групп. Мы, сторонние зрители, должны заглянуть в себя, чтобы найти малую толику того мужества, которое требуется жертвам насилия изо дня в день.

Некоторые из этих нападок откровенно глупы; многие довольно опасны. Но как бы они ни пугали, само их существование — неявная дань уважения силе целительных отношений. Они напоминают нам, что создание защищенного пространства, в котором люди, пережившие травму, могут рассказать свою правду, — это акт освобождения. Они напоминают нам, что свидетельство истории, пусть даже не выходящее за пределы этого убежища, — это акт солидарности. А еще они напоминают нам, что моральная нейтральность в конфликте между жертвой и преступником невозможна. Как и все прочие сторонние наблюдатели, терапевты иногда вынуждены выбирать сторону. Тот, кто остается с жертвой, неизбежно встретится с неприкрытой яростью преступника. Для многих из нас нет и не может быть большей чести.

Джудит Льюис Герман
Февраль 1997 г.

ЭПИЛОГ К ИЗДАНИЮ 2015 ГОДА

Часть I. ТРАВМА

Эта книга была впервые опубликована более двадцати лет назад, в ту эпоху, которая теперь кажется в Соединенных Штатах временем утраченной невинности. Холодная война завершилась, и США одержали победу. Некоторые ставшие излишними инструменты подпольной войны были свернуты. Поговаривали даже о «мирных дивидендах» — освободившихся деньгах, выделенных ранее на милитаристские нужды, ставшие теперь неактуальными. Их можно было бы потратить на здравоохранение и образование, дороги и мосты — все те проекты, которые обеспечивают процветание, единство и развитие гражданского общества. На Четвертой международной конференции по положению женщин в Пекине первая леди Хиллари Клинтон заявила: «Права женщины — это права человека». И, безусловно, наша страна отстаивала права человека. Или нам так казалось.

Но были зловещие предзнаменования. Внутри Соединенных Штатов тюрьмы становились новым символом расового притеснения, поскольку миллионы людей, в основном представителей цветной молодежи, становились заключенными. Большинство угодили в жернова бесконечной войны с наркотиками, и вопиющее неравенство, проявляющееся в арестах, преследовании и приговорах, укрепляло глубокие межрасовые противоречия¹. Тюрьмы или улицы становились последним прибежищем и для многих людей с тяжелыми психическими заболеваниями, поскольку система медицинских и психиатрических услуг для самых уязвимых граждан была «оптимизирована» и продолжала рушиться².

Затем грянула наша национальная травма, 11 сентября 2001 года, разбив вдребезги коллективную фантазию о неуязвимости. В ответ государство предприняло новую и (на момент написания этого эпилога) кажущуюся бесконечной серию войн за границей. Терроризм сменил коммунизм в роли заклятого врага, с которым следовало бороться везде

и всюду. Система государственной безопасности потихоньку разрослась до прежде немыслимых размеров, и печально известные тюрьмы под названием Гуантанамо и Абу-Грейб* затмили статую Свободы, став для всего мира новым символом нашего государства³.

Если нужны еще какие-то доказательства в подтверждение психологического допущения «ужас затмевает разум», то вторжение в Ирак, страну, никак не связанную с террористическими атаками 11 сентября, может служить для него идеальной иллюстрацией. Расширяя военные действия США и отвлекаясь от сравнительно ограниченной цели в Афганистане, президент Буш и его окружение развязали войну в Ираке при пособничестве Конгресса и прессы. Это было сделано вопреки обилию доступной в то время информации, которая противоречила официальному государственному нарративу, и вопреки всемирным демонстрациям протеста. Вскоре наши войска оккупировали две страны, Афганистан и Ирак, ничего не зная о населяющих их народах, не зная их языков, не умея ни определить четкую задачу, ни отличить вооруженного противника от гражданского населения.

Очевидно, десятилетняя война во Вьетнаме не научила нас ничему, кроме одного: свободные граждане будут возражать против ведения жестоких и очевидно бесплодных карательных войн; если призывать их в армию, они будут присоединяться к антивоенным движениям и выходить на улицы. Поэтому наш правящий класс решил отменить призыв и опираться на профессиональную контрактную армию.

Сражения в Ираке и Афганистане, так же как и деятельность секретных тюрем ЦРУ, и тайная слежка, стали чуть ли не подпольными: вневедомственными, необъявленными, неофициальными. Законопослушное население могло продолжать заниматься своими делами, ничего не зная или не проявляя интереса к зверствам, совершаемым от его лица и во имя национальной безопасности армией США или legionами наемников, не носивших никакой формы. Активное пособничество специалистов в области права давало возможность сделать вид, что военные преступления — это никакие не военные преступления. Активное участие представителей врачебных профессий, особенно психологов, в садистских ритуалах «допросов с пристрастием» позволяло сделать вид, что пытки — это не пытки⁴. Таким образом, государственными делами начала заправлять диссоциация.

Возвращавшимся на родину солдатам, которые приносили с собой в мирную жизнь неизгладимый опыт участия в военных действиях, пред-

* К заключенным в этих тюрьмах неоднократно применялись пытки. (Прим. ред.)

стояло самостоятельно и по мере сил перекрывать громадную пропасть между знанием и незнанием, военной и гражданской жизнью. В рассказе писателя и ветерана морской пехоты Фила Клэя «Передислокация» главный герой, сержант морской пехоты, сардоническим тоном описывает множество несообразностей в своем возвращении на родину после семи месяцев в Ираке:

«Мы взяли всю мою надбавку за участие в боевых действиях и хорошенько прошлись по магазинам. Вот так Америка борется с террористами».

Сержант, вымышленный персонаж Клэя, чувствует себя отчужденным от гражданских отчасти своим моральным негодованием, из-за того что они не разделили с ним в достаточной степени его жертвы.

Но есть еще одна причина для этого чувства отчуждения: он страдает посттравматическим стрессовым расстройством.

«Итак, вот что происходит. Жена берет тебя с собой в Уилмингтон. Когда ты в прошлый раз был на городской улице, твой головной морпех шел по обочине дороги, проверяя улицу впереди и осматривая крыши перед собой. Морпех позади него проверяет окна на верхних этажах зданий... и так далее, пока твои ребята не будут держать под контролем всю улицу. В городе миллион мест, откуда тебя могут убить... В Уилмингтоне у тебя нет взвода, нет боевого напарника, нет даже оружия. Ты в десятый раз тянешься за ним, но его нет... Там, на улице, люди ходят мимо окон, как будто так и надо. Люди, которые понятия не имеют, где находится Фалуджа, в которой погибли трое из твоего взвода. Люди, которые провели всю свою жизнь “в белом”»⁵.

Поскольку военные конфликты тянулись год за годом, уже сама численность демобилизованных ветеранов гарантировала, что цене войны придется уделить какое-то общественное внимание. Термин *посттравматическое стрессовое расстройство*, или ПТСР, занявший теперь место в диагностическом каноне, также стал общеизвестным. В статье для *New York Times* майор армии США Дэймон Армени описывает свои переживания таким образом:

*В цветовом коде Купера (системе обозначения состояний подготовки к опасности) белый — состояние покоя, наиболее близкое ко сну, в котором человек практически не способен реагировать на внезапную угрозу. (Прим. пер.)

«Представьте себе, что половина вашего сознания говорит вам, что вы в зоне боевых действий, вас атакуют, что вы должны принять меры, чтобы защитить себя, а другая половина говорит, что нужно просто остановиться и дышать. Вы не понимаете, что из этого реально, а что нет».

Признавая сильное чувство стыда, побуждавшее его скрывать свои симптомы годами, Армени объясняет решение высказаться публично:

«Я чувствую себя обязанным рассказать свою историю, потому что слишком многие страдают, оставаясь со своей болью во тьме. Американцы должны знать, что шрамы от ПТСР более чем реальны и во многих отношениях болезненнее нанесенных пулями или осколками. Уж я-то знаю. У меня есть и те и другие»⁶.

Тем временем исследователи продолжали скрупулезно документировать психиатрические военные потери. С 2004 года уровень самоубийств в армии США вырос настолько, что число смертей в результате самоубийства превысило число потерь в бою⁷. В ходе недавнего опроса ветеранов, вернувшихся после исполнения воинского долга в Ираке и Афганистане, исследователи выяснили, что почти у каждого четвертого (23%) проявились симптомы ПТСР⁸.

Как ни печально, мужчины, больше всех нуждавшиеся в услугах психиатрии, обращались за ними реже всех. Когда в одном исследовании их попросили назвать опасения, которые могли бы помешать им обратиться к консультанту, 65% опрошенных признались, что боятся, «что в них будут видеть слабаков». Эти солдаты считали, что командование или сослуживцы будут менее уверены в них, если станет известно об их общении с консультантом. Чувство стыда, вызванное несоответствием идеалу неуязвимого воина, заставляло молчать этих мужчин и обрекало их на страдания в изоляции⁹. В этом отношении мало что изменилось со времен войны во Вьетнаме.

Тем временем повторные исследования ветеранов Вьетнама способствовали еще более отчетливому пониманию ужасных долгосрочных эффектов войны. Масштабный проект под названием «Национальное исследование реадaptации ветеранов Вьетнама» был впервые проведен в 1980-х годах (см. главы 2 и 3)¹⁰. Подводя итоги данных, полученных в результате этого опроса, исследователи снова подтвердили, что тяжесть воздействия боевой обстановки была единственным наиболее важным фактором, определяющим, разовьются ли у солдата симптомы ПТСР.

Однако даже среди людей, которые прошли через самые тяжелые бои и развили ПТСР, большинству удалось со временем восстановиться. Через 10—15 лет после демобилизации большинство военных, отвечая на вопросы Национального исследования реадaptации ветеранов, сообщили, что их симптомы сошли на нет — с лечением или без него. Вследствие этого возник следующий вопрос: что отличало мужчин, которым удалось восстановиться, от тех, у кого болезнь приобрела устойчивый хронический характер?

Неудивительно, что самыми резильентными оказались те, у кого было наибольшее преимущество в зрелости, уровне образования и социальной поддержке. И наоборот, на людях, израненных невзгодами в детстве, психологические шрамы войны заживали дольше всех. История насилия в детстве делала мужчин особенно уязвимыми для развития хронического ПТСР. Юный возраст на момент вступления в армию, низкий уровень образования, проблемы с алкоголем или наркотиками в семье, тюремное заключение кого-то из близких родственников были дополнительными довоенными факторами риска, предсказывавшими длительные трудности после возвращения с войны. Среди мужчин, которые перенесли и невзгоды в детстве, и участвовали в тяжелых боях, подавляющее большинство продолжали соответствовать критериям диагноза ПТСР даже через десять-пятнадцать лет после возвращения из Вьетнама.

Помимо тяжести боевого опыта и бед, пережитых в раннем детстве и отрочестве, был еще один мощный фактор, предсказывающий развитие травматического стресса, — совершение военных преступлений. Ветеранов, участвовавших в исследовании, спрашивали, были ли они свидетелями или участниками причинения вреда гражданскому населению или военнопленным, и примерно каждый десятый ответил утвердительно. Осталось неясным, что отличало военных преступников от тех, кто никогда не нарушал правил войны. Было очевидно, что есть некая связь с воздействием тяжелого боевого опыта, но даже из тех мужчин, кто подвергся экстремальному воздействию боевой обстановки, большинство не признали, что причиняли ущерб гражданским или пленникам.

Люди, совершавшие военные преступления, узнали, что это влечет за собой последствия. Среди военных преступников почти у двух третей (63%) развились симптомы ПТСР; среди тех, кто никогда не причинял вреда безоружным, таких было 15%. Более того, на момент исследования 40% военных преступников по-прежнему страдали ПТСР — среди солдат, не причинявших вреда гражданским лицам и военнопленным, этот показатель составил 6%. Авторы этого исследования рекомендовали с осторожностью подходить к моральным и этическим проблемам, с которыми

сталкиваются солдаты во время операций по борьбе с повстанцами¹¹. Более тридцати лет назад психиатр Роберт Джей Лифтон описывал такие оккупационные войны как «ситуации, порождающие крайнюю жестокость» и предупреждал о глубокой моральной травме, нанесенной участвующим в них солдатам¹². Предсказания Лифтона оправдались в историях этих ветеранов.

Недавно министерство по делам ветеранов США проспонсировало новое контрольное исследование ветеранов Вьетнама, которых подробно опрашивали в 1980-х. Среди тех, у кого на момент предыдущего исследования было хроническое ПТСР, у большинства оно так и осталось. Еще более поразительным был тот факт, что уровень смертности среди этих мужчин был вдвое выше, чем у тех, кто либо никогда не страдал ПТСР, либо восстановился к моменту предыдущего исследования. Наиболее распространенными причинами смерти стали ранения, аварии, убийства и самоубийства. «Такова цена войны, которую приходится платить всю жизнь», — сказал Уильям Шленгер, один из авторов исследования¹³. Такова цена, которую предстоит теперь уплачивать солдатам, возвращающимся из Афганистана и Ирака.

Почти все ветераны, принимавшие участие в исследованиях времен Вьетнамской войны, были мужчинами. Однако в промежутке между той и нынешними войнами армия в ответ на феминистское движение приняла на службу существенное число женщин. По данным на 2011 год, на действительной службе в армии США состояли около 203 000 женщин, представляя 14,5% от общего числа военнослужащих¹⁴. И так же как в прошлом, когда женщины пытались интегрироваться на защищенных бастионами некогда исключительно мужских территориях, их не всегда ждал теплый прием. Противясь посягательствам на свой статус превосходства, мужчины могут выражать враждебность множеством разных способов, от самых тривиальных до самых вопиющих. Что касается последних, то посягательство на сексуальную неприкосновенность — признанный способ поставить женщину на место. Сексуальные домогательства, нападения и изнасилования стали настолько распространенной проблемой в армии, что породили новый термин — *сексуальная травма на военной службе**.

В числе осложнений такого рода травмы — тот факт, что преступник и жертва могут входить в одно небольшое боевое подразделение, члены которого должны полагаться друг на друга, когда их жизни находятся в опасности. Если жертвы посмеют обвинить своего сослуживца, то мо-

* MST, Military sexual trauma (англ.).

гут подвергнуться в своих подразделениях остракизму и нападкам. Если они будут искать справедливости у командования, им быстро станет ясно, насколько низко их ценят. Вот показания Дебры Дикерсон, имеющей боевые награды, офицера ВВС:

«Я была изнасилована, а изнасилование — это преступление. Я даже не задавалась вопросом, что ждет меня впереди. Учитывая, что и я, и мой насильник знали, что он меня изнасиловал, что я могла сделать, кроме как выдвинуть обвинения? Что мог сделать он, кроме как сесть в тюрьму? Что могли сделать наши коллеги, кроме как поддержать меня?

Подразделение отреклось от меня... Со мной почти никто не разговаривал. Поскольку [насильник] сознался, суд был коротким. Его приговорили к шести месяцам заключения в военной тюрьме... Если бы он подделал документ о произведенных расходах и украл пару сотен баксов у правительства... если бы он выкурил один-единственный косячок за всю свою звездную пятнадцатилетнюю карьеру, то получил бы десять лет, не месяцев, и в настоящей тюрьме, а не на гауптвахте. Но изнасилование коллеги-солдата оказалось не настолько серьезным проступком»¹⁵.

В свидетельстве Дикерсон мы находим те же темы стыда и изоляции, которые являются отличительными чертами травмы. Но если ветеранов-мужчин заставляют стыдиться того, что они недотягивают до всесильного мужского идеала, ветеранов-женщин с сексуальной травмой заставляют стыдиться уже того, что они женщины. Сексуальное посягательство служит мощным напоминанием об их низком статусе и намекает, что в компании мужчин их никогда не примут как равных. Когда командование, по сути дела, спокойно относится к сексуальному посягательству или покрывает его, оно подкрепляет этот намек всем своим институциональным весом. Нападение вооруженного противника, каким бы опасным оно ни было, не обладает такой разрушительной силой, как нападение изнутри, которое рвет крепкие узы доверия и общности. Психолог Дженнифер Фрейд называет эту ситуацию, когда «пользующиеся доверием могущественные институты... действуют такими способами, которые наносят ущерб тем, кто от них зависит», институциональным предательством¹⁶.

Благодаря инициативе женщин-сенаторов министерство по делам ветеранов США ныне имеет право проводить обследования на предмет сексуальной травмы и предоставлять жертвам необходимые услуги. По результатам недавнего исследования, 22% опрошенных женщин и 1%

опрошенных мужчин признаны пострадавшими от сексуальной травмы на военной службе¹⁷. Однако какими бы тревожащими ни были эти цифры, они не слишком отличаются от статистики жертв сексуального насилия среди населения США в целом. Хотя общество по-прежнему склонно ассоциировать психологическую травму в первую очередь со службой в армии, на самом деле большая часть насилия происходит в гражданской жизни, большая часть пострадавших — это женщины и дети, а большинство преступников — мужчины, хорошо знакомые своим жертвам.

В недавнем опросе, проведенном Центром по контролю и профилактике заболеваний США, приблизительно каждая пятая женщина (19%) сообщала о том, что была изнасилована, 22% сообщили о тяжелом физическом насилии со стороны сексуального партнера, а 15% — о том, что подвергались преследованию. Большинство женщин впервые стали жертвами в подростковом возрасте или юности: примерно четыре из пяти жертв изнасилований были моложе 25 лет, а две из пяти — моложе 18 лет¹⁸. Эти цифры очень мало изменились за последние пятнадцать лет¹⁹. Похоже, изнасилование по-прежнему является распространенным «ритуалом взросления» для молодых женщин в Соединенных Штатах, не важно, в военной или гражданской жизни.

Ритуалы изнасилований в кампусах колледжей привлекли особое внимание в последние годы и даже удостоились реакции Белого дома²⁰. Первый курс обучения — время, когда молодые девушки впервые уезжают из родительского дома и часто экспериментируют со своей новообретенной свободой, — похоже, является периодом особенно высокого риска виктимизации в студенческих городках. Уже много лет студенты колледжей, как женщины, так и мужчины, организуют в кампусах демонстрации в духе «Вернем себе ночь»*, чтобы привлечь внимание к проблеме насилия над женщинами.

Как и в случае с армейской службой, проблема не в том, что кампусы колледжей как-то особенно опасны для женщин; более того, уровень изнасилований среди тех, кто не посещает колледжи, даже выше, чем среди их более привилегированных сверстниц²¹. Но, как и в случае с сексуальной травмой на военной службе, институциональное предательство усугубляет ущерб от сексуальных посягательств в кампусах колледжей, где жертв унижают, травят и часто вынуждают забрать документы из учреждения, в то время как преступники за редким исключением насла-

* «Вернем себе ночь» — международные акции протеста против сексуального насилия с требованием «права на свободу перемещения днем и ночью без угрозы изнасилования и домогательств». (Прим. пер.)

ждаются безнаказанностью с молчаливого согласия руководства. Кампус принадлежит им²².

Выжившие, прошедшие через различные виды травмирующего опыта, все чаще распознают институциональное предательство как такое. Общей темой всех случаев является серьезный удар по доверию. Он происходит, когда люди, занимающие высокие посты, обладающие авторитетом и властью, совершают акты замалчивания и соучастия и так фактически поддерживают преступника в своей среде, становясь на его сторону. В этих случаях чем больший ущерб наносится имени института, тем очевиднее официальные лица стремятся замять проблему с целью защитить его репутацию, вместо того чтобы помочь жертвам злоупотреблений.

Самым вопиющим примером институционального предательства за последние два десятилетия стало широко распространенное сексуальное насилие над детьми со стороны священников католической церкви. Репортеры *Boston Phoenix* и *Boston Globe* впервые подняли эту историю в 2002 году, и в том же году отдел расследований *Boston Globe* был удостоен Пулитцеровской премии за подробное освещение этой истории²³. По мере того как скандал разрастался, вначале перекинувшись на другие крупные города в США, а затем в Европу и Южную Америку, стало очевидно, что католическая церковь укрывала педофилов из числа духовенства и десятилетиями позволяла им оставаться безнаказанными.

Многочисленные пострадавшие решились разорвать путы стыда и секретности и дать показания, чтобы добиться перемен и призвать к ответу высшие католические чины. Их поддерживали верующие, которые осмелились бросить вызов католической церкви. В Бостоне активисты каждое воскресенье проводили демонстрации перед собором Святого Креста, требуя отставки кардинала Бернарда Лоу, который много лет проводил политику, защищавшую сексуальных насильников. Это доставило кардиналу серьезные неудобства, поскольку он был вынужден тайком выбираться из собственного собора, чтобы избежать встречи с демонстрантами. Он в течение года тянул с отставкой, а потом был под шумок переведен в Рим, где ныне доживает свои дни в покое как архиепископ базилики Санта-Мария-Маджоре, окруженный заботами монахинь*.

Свидетельствам людей, переживших насилие со стороны католического духовенства, прибавили веса несколько факторов. В первую очередь собственные документы церкви, которые газета *Boston Globe* заставила

* В 2017 году кардинал Бернард Лоу скончался в Риме после продолжительной болезни в возрасте 86 лет. (Прим. ред.)

церковников раскрыть по распоряжению суда, ясно показали, что церковь, зная о случаях насилия, неоднократно покрывала преступников. Другим фактором было само число пострадавших, многих из которых подвергали насилию одни и те же преступники, поскольку епископы, управляя своими диоцезами (епархиями), переводили священников-педофилов из одного прихода в другой. Вдобавок многие, если не большинство из тех, кто отважился на этот решительный шаг, были белыми мужчинами средних лет, которые сообщили, что, когда они были детьми, священники применяли к ним насилие. Среди перенесших насилие в детстве было немало и женщин, хотя СМИ не считали их истории достойными освещения в печати.

Истории людей, переживших сексуальное насилие со стороны католических священников, обладают ужасным сходством: многие из них происходили из религиозных семей, в которых высоко ценили священников как представителей бога. Их мучения, вызванные предательством доверия, были очевидны. Многие напрасно искали возмещения ущерба внутри церкви и обратились к СМИ и закону только после того, как их жалобы неоднократно были встречены с холодным безразличием.

Отдельным пережившим насилие и институциональное предательство людям, прибегнувшим к закону, разумеется, пришлось вынести агрессивные нападки и сомнения в правдивости их свидетельств. Особенно часто подвергались атакам те (а таковых было немало), кто сообщал о возвращении воспоминаний после периода амнезии. Многие из тех же экспертов, которые двадцать лет назад давали показания в суде, остались в профессии и по-прежнему утверждали, что психологическая наука (не меньше!) доказала, что «подавленные воспоминания» никак не могут быть истинными (см. Послесловие 1997 г.). Однако этим экспертам по «ложным воспоминаниям» было все труднее убеждать судей и присяжных, поскольку научный консенсус склонился в сторону лучшего понимания нарушений памяти у людей, перенесших травму²⁴. Достижения нейробиологии документировали воздействие травмы на головной мозг, которое было причиной «подавленных воспоминаний» (состояние, которое точнее будет назвать диссоциативной амнезией). Дополнительные исследования также показали, что восстановленные воспоминания могут быть точными или неточными с такой же вероятностью, что и непрерывные²⁵.

Мой коллега Дэн Браун, психолог, который давал свидетельские показания как приглашенный эксперт во многих подобных судебных делах, сообщает, что функциональные исследования головного мозга с применением МРТ оказались особенно полезными в суде, поскольку они пре-

доставляют конкретные и простые для понимания иллюстрации изменений мозга, связанных с травматическими нарушениями памяти. В своем недавнем обзоре теперь уже обширной научной литературы по этому вопросу он пишет:

«Исследования нейровизуализации последовательно демонстрируют инактивацию [правополушарной] нейронной сети при диссоциативной амнезии — именно эта сеть в норме ответственна за извлечение эмоциональных автобиографических воспоминаний»²⁶.

Очевидно, снимки мозга перевешивают все слова, когда необходимо убедить судей и присяжных.

Помимо специфики «войн воспоминаний», множество исследований в последние два десятилетия с ужасающей точностью документировали обширные, глубокие и долгосрочные последствия насилия над детьми во всех сферах жизни. В этой области путь прокладывали достижения неврологии, медицинской эпидемиологии и исследований привязанности.

Мой старый друг и коллега Бессел ван дер Колк недавно завершил грандиозную задачу: он переложил научную литературу по нейробиологии травмы на «человеческий» язык, который смогут понять обычные люди. Я не стану даже пытаться пересказывать работы, которые он так хорошо подытожил в своей исторической книге «Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть»²⁷. Достаточно сказать, что технические достижения в области нейровизуализации позволили очень точно картировать области и функции головного мозга, повреждаемые бедами, переживаемыми в детстве. Мы можем даже видеть различия в эффектах насилия и пренебрежения, пережитых на разных стадиях развития²⁸.

Нарушения в системах головного мозга, ответственных за реакции на опасность — бегство, борьбу или оцепенение, — были первыми обнаружены у людей, переживших травму, и многие современные подходы к терапии по-прежнему концептуализируют ПТСР просто как расстройство механизмов страха. Но теперь стало ясно, что воздействие травмы на мозг распространяется гораздо дальше одной этой системы, особенно когда травма имеет место в детстве. Ранняя травма воздействует на «эмоциональный мозг», то есть правое полушарие. Оно быстро развивается в первые годы жизни, и его функции формируют основу для социальных способностей человека²⁹. После признания этой расширенной концепции травмы ПТСР больше не классифицируется как тревожное расстройство в последнем издании диагностического и статистического руководства

Американской психиатрической ассоциации (*DSM-5*) и готовящейся к выпуску Международной классификации заболеваний (*ICD-11*). Напротив, обе системы классификации признают травматические расстройства как самостоятельную категорию. *DSM-5* включает аспекты синдрома, который я назвала комплексным ПТСР (см. главу 6), в свое расширенное определение базового расстройства, а также выделяет его диссоциативный подтип. Текущий черновик *ICD-11*, напротив, сужает базовое определение ПТСР, но также открыто признает категорию комплексного ПТСР, результата длительных и неоднократных травм, особенно тех, начало которых пришлось на детство³⁰.

Долгосрочные последствия пережитого в детстве насилия для здоровья получили освещение в выдающемся эпидемиологическом исследовании под названием «Неблагоприятный детский опыт», или НДО*. Проведенное совместно компанией *Kaiser Permanente* и Центром по контролю и профилактике заболеваний США, это исследование охватило свыше 17 000 людей, которым при поступлении в больницу в качестве части обычно собираемой медицинской информации предлагалось заполнить опросник о своем детском опыте. Они отвечали на вопросы, касавшиеся физического и сексуального насилия, пренебрежения нуждами и домашнего насилия, в том числе того, которому были свидетелями. Вдобавок их спрашивали, страдал ли кто-то из их родителей от зависимости от веществ, наркомании или алкоголизма, имел ли психическое заболевание, находился ли в тюремном заключении или умер, когда они были детьми. За каждую категорию неблагоприятного опыта начислялся один балл, итоговые баллы пациентов сопоставлялись с обширной информацией, собранной на основе их медицинских историй.

Результаты оказались ошеломительными: более высокие итоговые баллы НДО надежно коррелировали с десятью ведущими причинами смерти в Соединенных Штатах, включая сердечные заболевания, болезни легких и печени. Сопутствующими факторами предсказуемо оказались также коррелирующие с высокими значениями НДО курение, ожирение, алкоголизм, рискованное сексуальное поведение и внутривенное введение наркотиков³¹.

Кроме того, итоговые баллы НДО до сих пор были наиболее мощным предиктором клинической депрессии и суицидального поведения. Приведу лишь один пример: пациенты с любым из неблагоприятных факторов (1 балл НДО) в два раза чаще совершали попытку самоубийства, чем те, кто не сообщал о наличии неблагоприятного детского опыта, а вероят-

* Adverse Childhood Experiences — ACE.

ность попытки самоубийства у пациентов с результатом в 5 баллов НДО была в *десять раз* выше³².

Размышляя о важности НДО, Винсент Фелитти, один из ведущих исследователей, пишет:

«Почему лишь некоторые из нас — самоубийцы, или наркоманы, или страдают ожирением, или преступники? Почему одни из нас умирают рано, в то время как другие живут долго? Какова природа крика по ту сторону безмолвия? Что означает тот факт, что некоторые воспоминания невыразимы, забыты или утрачены, — и важно ли это? Платим ли мы скрытую цену за возможность оставаться в неведении?»³³

Внимательный читатель заметит сходство этого крика души с вопросами, поднятыми демобилизованными ветеранами.

Исследование НДО опиралось на ретроспективные отчеты о детском опыте, данные взрослыми пациентами. Хотя оно смогло продемонстрировать мощную корреляцию между историей детства и патологиями во взрослом возрасте, к определяющим выводам о том, как именно беды, пережитые в детстве, приводят к таким ужасным результатам, ему прийти не удалось. За эту задачу взялись несколько лонгитюдных исследований, которые годами отслеживали детей, затем становившихся взрослыми и дававших жизнь следующему поколению. Лонгитюдное исследование — гигантское предприятие, требующее выдающейся изобретательности, мастерства и преданности делу. Ценность научных данных, добытых в ходе таких исследований, просто не с чем сравнить.

В 1987 году психиатр Фрэнк Патнэм и психолог Пенелопа Трикетт, которые в то время работали в Национальном институте психического здоровья (НИПЗ), начали в Вашингтоне лонгитюдное исследование девочек, подвергшихся сексуальному насилию. Жертв подтвержденных случаев сексуального насилия со стороны членов семей направляли на это исследование социальные службы защиты детей. Контрольная группа девочек, соответствующая первой по показателям возраста, расы, состава семьи и социально-экономического положения, была набрана с помощью местных объявлений.

Девочки были подробно обследованы в момент обращения (средний возраст — 11 лет), а впоследствии — еще пять раз через одинаковые интервалы времени. На самое последнее исследование (средний возраст — 25 лет) многие пришли уже со своими детьми. 96% участниц оставались в исследовании на всем его протяжении, этот изумительный результат объясняется отношениями заботы, которые исследователи выстроили с респондентками.

Ученые сумели продолжить исследования, несмотря на то что в конце 1990-х НИПЗ, в котором сменилось руководство, занял враждебную позицию по вопросу изучения насилия над детьми. Ученым, которые получили власть в этом учреждении, была особенно ненавистна концепция диссоциации; они не верили в этот феномен и решительно считали, что уважаемым исследователям не стоит ей заниматься. Патнэм, внезапно обнаружив, что его стали сторониться старые друзья и коллеги, с которыми он построил звездную карьеру, ушел из НИПЗ. «Этот опыт освободил меня, — говорит он, — и в итоге я пришел туда, где мог сделать намного больше». В Медицинском центре детской больницы в Цинциннати Патнэм обрел поддержку, которая позволила ему не только продолжить свое исследование, но и разработать программу лечения материнской депрессии, которая ныне воспроизводится уже в шести штатах³⁴.

При каждом следующем исследовании Патнэм и его сотрудники видели, как усредненный жизненный сценарий подвергшихся насилию девочек зловеще отклонялся от пути тех, кого насилие обошло стороной (хотя внутри каждой группы результаты значительно варьировались). С биологической точки зрения у пострадавших наблюдались аномалии в выработке гормонов стресса и возбуждении вегетативной нервной системы, высокий уровень ожирения и раннее наступление полового созревания. В образовательном плане у них было больше трудностей с обучением. Психологически они были более склонны к депрессии, а многие и крайне диссоциативны. В подростковом периоде или даже раньше они часто злоупотребляли психоактивными веществами и были склонны к самоповреждению. Их социальное развитие обычно было неадаптивным, с ранним началом половой жизни и рискованным сексуальным поведением, а также высоким уровнем повторной виктимизации как в обычных, так и в интимных отношениях. Они чаще бросали учебу, беременели в подростковом возрасте, у них чаще случались преждевременные роды.

Наконец, хотя ставшие матерями участницы исследования не подвергали насилию своих детей, пережившие насилие в детстве гораздо чаще, чем их сверстницы из контрольной группы, недостаточно заботились о детях и в результате снова оказывались в поле зрения служб защиты детей. Эта межпоколенческая передача травмы, давно наблюдаемая клиницистами, показала себя как одно из самых серьезных долгосрочных последствий насилия, воздействуя примерно на каждую пятую из подвергшихся насилию матерей (18%). Показатель матерей из контрольной группы, которые привлекли внимание служб защиты детей, составил менее 2%.

Подводя через двадцать три года итоги своим открытиям, исследователи комментировали:

«Пережившие сексуальное насилие женщины в общем и целом коллективно шли по жизненным траекториям, связанным с хроническими заболеваниями и основными причинами смерти; они во многих отношениях напоминают группу с высокими баллами в известном исследовании НДО. Более того, их сложные, многосимптомные клинические профили... похожи на те, что включены в конструкторы “травма развития” у детей и “комплексное ПТСР” у взрослых»³⁵.

Подвергшиеся сексуальному насилию участницы этого исследования практически не получали никакого лечения; те, кому удалось избежать патологических траекторий жизни, сделали это с помощью собственных внутренних ресурсов и любой социальной поддержки, которую сумели сами себе организовать. В то же время несколько других замечательных многообещающих исследований независимо друг от друга продемонстрировали, что в случае матерей и детей из группы высокого риска раннее вмешательство помогает успешно предотвратить этот болезненный путь развития³⁶.

Одно такое исследование, возглавляемое психологом Карлен Лайонс-Рут, моей коллегой из Кембриджской больницы, сейчас идет уже почти 30 лет. Ее проект под названием «Семейные пути» отслеживал судьбу младенцев и их матерей, данные которых передавали социальные службы, обеспокоенные качеством материнской заботы. Большинство матерей были бедными, многие растили детей одни, многие еще не достигли двадцатилетнего возраста, многие страдали депрессией. Детям на момент вступления их матерей в программу исследования было от нескольких дней до девяти месяцев. Матерям были предложены еженедельные визиты помогающих специалистов/людей на дом, в то время как контрольная группа матерей и младенцев из группы риска получала лишь обычные медицинские и педиатрические услуги.

Посещения на дому осуществляли либо лицензированные социальные работники, либо взрослые женщины, имевшие репутацию хороших матерей, из того же сообщества, что и их клиентки. Все приходящие на дом работали под еженедельной супервизией. Их задачи были разнообразными и гибкими. Они помогали молодым матерям с неотложными нуждами, например искали продуктовые талоны или пытались найти подходящее жилье. Они также проводили время с матерями, рассказывая им о нормальном развитии ребенка и показывая пример чуткого и внимательного отношения к детям. Еженедельные посещения продолжались до тех пор, пока детям не исполнялось полтора года. Впоследствии эти семьи повторно обследовали через регулярные промежутки времени.

В противоположность прежним исследователям, которые обращали внимание на отчетливый неблагоприятный опыт в детстве, например физическое или сексуальное насилие, Лайонс-Рут и ее коллеги фокусировались в основном на аспектах, связанных с отношениями. В частности, они уделяли пристальное внимание изучению типа младенческой привязанности. Теория привязанности, разработанная британским психоаналитиком Джоном Боулби и его последователями, утверждает, что основания человеческой социальности лежат в сложных нейробиологических системах, которые побуждают младенцев стремиться к близости с теми, кто заботится о них, когда они напуганы или испытывают стресс³⁷. А реципрокные системы у взрослых формируют основу заботливого поведения и эмоциональной настройки на младенцев³⁸.

Система привязанности, общая у людей со многими другими биологическими видами, служит основной функции защиты потомства от опасности. Но у людей привязанности также служат основой для развития способности ребенка регулировать эмоции. Дети, которых успокаивают и утешают, когда они расстроены, постепенно учатся утешать себя сами, вызывая в памяти ментальные образы тех, кто о них заботился. У них развивается, по терминологии Боулби, «внутренняя рабочая модель» заботливых отношений³⁹. Надежная привязанность также функционирует как безопасная база, с которой развивающийся ребенок может уверенно исследовать свое окружение. В конечном счете надежная привязанность позволяет развиться идентичности человека, достойного любви и заботы, обладающего способностью любить других и заботиться о них⁴⁰.

Когда детям в исследовании «Семейные пути» исполнялось около 18 месяцев, осуществлялась видеозапись взаимодействия матери и ребенка дома и в лаборатории, где использовалось стандартизированное краткое взаимодействие — процедура под названием «незнакомая ситуация» — для оценки качества привязанности ребенка к матери⁴¹. В «незнакомой ситуации» мать и ребенок входили в комнату, где находили множество игрушек и встречали незнакомого человека (ассистента). Недолго поиграв с ребенком, мать выходила из комнаты. Большинство детей расстраивались из-за ухода матери, но со временем переставали плакать и могли даже, посомневавшись, согласиться на предложение ассистента поиграть с игрушкой. Однако, когда мать возвращалась, надежно привязанный ребенок бросал игру и с готовностью устремлялся навстречу матери, зовя ее. Затем следовало радостное воссоединение; чаще всего мать приветствовала ребенка, брала его на руки, обнимала и разговаривала с ним успокаивающим, мелодичным тоном. После этого ребенок постепенно успокаивался и вскоре начинал снова заниматься исследова-

нием и игрой. В исследованиях обычного населения примерно 65—70% американских детей отвечали критериям надежной привязанности.

При ненадежной привязанности существуют разнообразные патологии поведения. Самый зловещий тип называется дезорганизованной привязанностью. На воссоединения дезорганизованных младенцев со своими матерями в «незнакомой ситуации» больно смотреть. Кажется, малыши сами не знают, то ли подходить к матерям, то ли избегать их, словно одновременно и нуждаются в них, и боятся их. Вместо того чтобы двигаться к матери, такой ребенок может застыть на месте, или начать движение, а затем свернуть в сторону, или двигаться как бы в замедленном темпе, словно плывет под водой. Никакого радостного воссоединения не происходит. Мать может вообще не взять малыша на руки или удерживать его на расстоянии от своего тела и быстро снова спустить на пол. Когда мои студенты смотрят эти видео, они окликают матерей, призывая их взять детей на руки; наши собственные системы привязанности мощно включаются при виде этих нарушенных взаимодействий.

В проекте «Семейные пути» эффективность посещения на дому была очевидна уже к моменту, когда дети достигали 18 месяцев. В семьях из группы высокого риска, которые получали эту услугу в течение года или дольше, примерно каждый третий ребенок (32%) демонстрировал признаки ненадежной привязанности — показатель, не слишком превышающий норму. Однако в контрольной группе, не получавшей никаких услуг с посещением на дому, ненадежная привязанность была отмечена у вдвое большего числа детей (60%).

К пяти годам дети, которых не посещали на дому, по-видимому, уже оказались на проблемном пути. Большинство (71%), по словам их воспитателей, демонстрировали враждебное поведение в детском саду. В семь лет уже *все* эти дети демонстрировали дезадаптивное поведение в классе. Напротив, в группе, которая как минимум в течение года была обеспечена помощью на дому, позитивный эффект такого вмешательства был очевиден даже годы спустя: лишь примерно каждый третий демонстрировал неадаптивное поведение в детском саду (29%) и во втором классе (33%).

Кстати говоря, социальные работники и женщины из сообщества рекомендовали себя в качестве патронажных посетительниц одинаково хорошо. Матери, получавшие услуги на дому, описывали социальных работников как готовых помочь и равнодушных людей. Типичный комментарий: «Она очень добра». А вот о женщинах из сообщества часто говорили: «Она как сестра, которой у меня никогда не было»⁴³.

К тому времени, как дети в проекте «Семейные пути» достигали позднего подросткового возраста, исследователи могли проследить развитие

пограничного расстройства личности и диссоциативных расстройств у тех, кто не получил раннего вмешательства и связанных с ним преимуществ. Во время опроса, проведенного по достижении детьми возраста 19—20 лет, примерно половина из них сообщили, что в какой-то момент в детстве подвергались физическому или сексуальному насилию. Но не только насилие в ответе за проявления синдрома, который я называю комплексным ПТСР. То, что *не* случилось в самом начале жизни этих детей, было так же важно, как и насилие, случившееся позже. Дезорганизованная привязанность, наблюдавшаяся у детей в возрасте полутора лет, оказалась мощным предиктором диссоциации во второй половине подросткового периода⁴⁴. Отстраненность матери от полуторагодовалого ребенка, наблюдавшаяся на видеозаписях, была мощным предиктором попыток самоубийства и самоповреждения⁴⁵. Отстраненность матери в раннем возрасте и последующее насилие — оба эти фактора вносили свой независимый вклад в развитие симптомов пограничного расстройства личности.

Эти открытия, подтвержденные другими исследованиями⁴⁶, требуют переформулировать концепцию комплексной детской травмы. Теперь стало ясно, что ранний разрыв связей оказывает столь же глубокое воздействие, как и травма с большой буквы Т. Исследования ранней привязанности и превратностей ее формирования и существования привели к более глубокому и тонкому пониманию нарушений в идентичности, саморегуляции и сострадании к себе, которые преследуют взрослых, переживших в детстве пренебрежение и насилие.

Теория отношений также дает основу для понимания эффективности раннего вмешательства в проекте «Семейные пути». Люди, посещавшие матерей и детей на дому, вне зависимости от своей профессиональной подготовки, обеспечивали среду поддерживающих отношений, безопасную базу для молодых неопытных матерей, давая им возможность, в свою очередь, лучше настраиваться на младенцев и позволять разворачиваться процессам надежной привязанности.

Как только устанавливались не приносящие вреда паттерны детско-материнских отношений, безопасно привязанные дети и их матери ступали на более здоровый путь развития, создававший свой собственный благодотворный цикл, и в дальнейшем вмешательстве не было необходимости. И наоборот, матери и дети, которые не получали услуги посещений на дому, не могли корректировать ранние нарушения в отношениях, которые затем сформировали основу для усугублявшегося каскада патологии развития.

Учитывая гигантскую медицинскую, психиатрическую и социальную цену детской травмы, а также доступность профилактических программ,

которые доказали свою эффективность, здравый смысл по идее должен диктовать, чтобы доступ к таким программам немедленно получили бы все молодые матери и их малыши — или, по крайней мере, те, кто находится в группе риска. Но, как неоднократно доказывала история исследований травмы, рост научных знаний и повышение осведомленности общества — лишь первый шаг к тому, чтобы покончить с насилием. Переход от осознанности к социальному действию требует политического движения, достаточно сильного, чтобы преодолеть всеобщее отрицание, пассивное сопротивление институтов и активное сопротивление тех, кому выгоден сложившийся порядок. Увы, за прошедшие два десятилетия ни у какого популярного общественного движения не оказалось для этого достаточно сил ни в общественной сфере войны и военных преступлений, ни в частной сфере преступлений против женщин и детей.

В первом случае ветеранам удалось усилить осознание обществом их страданий, их голоса услышали. Но несмотря на периодические скандалы и обещания реформ, организованных сил ветеранов недостаточно для достижения надежной доступности услуг здравоохранения, как обычных, так и психиатрических, даже для наших собственных солдат, не говоря уже об изменении самого подхода к войне. И хотя неприязнь общества к милитаризму привела к избранию президента, который обещал положить конец бессмысленным войнам*, без сильного антивоенного движения шестерни милитаристской машины продолжают крутиться. Мужество журналистов и правозащитников разоблало некоторые особенно возмутительные действия служб национальной безопасности, но без народного движения, требующего ответственности, массовая тайная слежка правительства за своими гражданами продолжается в нарушение Конституции. Высшие правительственные чины, которые обесчестили нашу страну, взяв на вооружение пытки, не боятся заявлять, что сделают это снова, а тюрьма Гуантанамо по-прежнему держит своих пленников в бессрочном заключении.

В сфере частной жизни женщины продолжали повышать осознанность общества в отношении сексуального и домашнего насилия в Соединенных Штатах и во всем мире. Правительственные ведомства США ныне проводят тщательные исследования, чтобы определить степень распространенности насилия против женщин. На международном уровне ООН признает насилие против женщин самым частым нарушением прав человека и назначает специального докладчика для сбора информации

* Речь идет о 44-м президенте США Бараке Обаме, который пробыл на своем посту с 2009 по 2017 год. (Прим. ред.)

о насилии против женщин в каждой стране-члене ООН. В 2009 году Якин Эртюрк, исполнявшая обязанности докладчицы, подвела итог происшедшему на ее глазах прогрессу:

«Традиционный патриархальный уклад медленно, но верно разрушается — в разных странах мира с разной скоростью. Оценка насилия с точки зрения прав человека придала импульс нарушению заговора молчания, окружающего насилие, и консолидации разрозненных усилий на всем земном шаре в единую систему»⁴⁷.

Однако, несмотря на возросшую общественную осознанность в отношении проблемы сексуального насилия, женщины пока не могут привлекать преступников и их пособников к ответственности настолько, чтобы по настоящему началось сокращение числа сексуальных нападений. О большинстве преступлений с посягательством на сексуальную неприкосновенность властям по-прежнему не сообщают, поскольку жертвы боятся публичного позора, с которым почти наверняка столкнутся, если осмелятся выступить вперед и заговорить. Тем, кому все-таки хватает мужества заявить о насилии, затем приходится выдержать неприятные процедуры гражданского и уголовного правосудия, которые часто называют «повторным изнасилованием» (см. главу 3). Так что не стоит удивляться, что посягательство на сексуальную неприкосновенность по-прежнему остается, по сути, ненаказуемым преступлением⁴⁸.

Даже достаточно отважные, чтобы выдержать тяжелое испытание правовыми процедурами, пережившие насилие люди могут в итоге оказаться разочарованными, поскольку наша судебная система не обеспечивает желаемой для них формы ответственности для преступников. Финансовые штрафы и уголовные наказания, к которым приговаривают суды, часто плохо соответствуют представлениям выживших о справедливости. Первоочередную важность для большинства из них имеет социальная валидация, то есть публичное признание как фактов преступления, так и нанесенного им ущерба. Помимо этого, пострадавшие больше всего желают реабилитации: они хотят, чтобы общество заняло четкую позицию, объявив подобные деяния вне закона, чтобы бремя позора было снято с их плеч и возложено на преступников, как и должно быть⁴⁹.

Недавно открылся новый путь поисков справедливости для случаев насилия в кампусах колледжей США, поскольку учащиеся, родители и активисты из профессорско-преподавательского состава бросили вызов «институциональному предательству», которое способствует атмосфере безнаказанности сексуальных нападений. Приводя многочисленные

примеры бюрократического бездействия, покрывания и перекладывания вины на жертв, активисты утверждают, что толерантность к «культуре изнасилования» в кампусах колледжей нарушает права женщин на равные образовательные возможности⁵⁰. Они подали гражданские жалобы по факту нарушения прав человека в министерство образования США, основываясь на главе IX федерального закона 1972 года, запрещающей дискриминацию по половому признаку в образовательных учреждениях, получающих федеральное финансирование.

Эти правовые процедуры определенно возымели действие. На момент написания этого текста Гарвардскую школу права только что уличили в нарушениях главы IX, и она заключила мировое соглашение с отделом гражданских прав министерства образования США, обещая немедленно «принять конкретные меры для создания гарантий того, что школа будет реагировать на жалобы о сексуальных домогательствах и сексуальном насилии оперативно и на основе равенства». Этим соглашением расследование нарушений в Гарвардском университете не исчерпалось, оно продолжается⁵¹. Венди Мерфи, юристка, подавшая иск на Гарвардскую школу права, выразила надежду, что это соглашение послужит примером для перемен во многих других образовательных учреждениях, в отношении которых в настоящее время ведется расследование в связи с нарушениями главы IX⁵². В случае успеха эти меры смогут дать пострадавшим некоторую долю социальной валидации и справедливости, которые для них важнее всего⁵³.

Для взрослых, переживших насилие в детстве, средства юридической защиты еще более недоступны, чем для людей, недавно пострадавших от сексуальных нападений. Поэтому особенно примечателен успех организованного движения взрослых выживших, требовавших привлечь католическую церковь к ответственности за долгую историю покрывания педофилов. В марте 2014 года конференция католических епископов США отчиталась о том, что от 17 259 пострадавших получены достоверные обвинения в сексуальном насилии со стороны 6427 священников и других представителей духовенства. Церковь выплатила более 3 миллиардов долларов по искам тысяч потерпевших.

Однако в большинстве случаев для правосудия было уже слишком поздно, поскольку срок давности истек задолго до того, как пережившие насилие осмелились о нем заговорить. Таким образом, из более чем 6000 священников и других церковнослужителей, против которых были выдвинуты достоверные иски, менее чем шестистам были предъявлены какие-либо уголовные обвинения, и только около трехсот из них были осуждены и приговорены к тюремному заключению⁵⁴. Более того, хотя

некоторые из самых отъявленных преступников были изобличены и призваны к ответу, ни один епископ не был публично наказан церковью за политику протекционизма в отношении явления, которое вполне можно приравнять к криминальной группировке. И, разумеется, привлечение одного социального института, пусть даже такого могущественного, как католическая церковь, к ответственности за преступления, совершенные его сотрудниками, — это капля в море намного более широкой социальной проблемы пренебрежения и насилия в отношении детей.

Дети не имеют ни голоса на общественной арене, ни блока избирателей, ни могущественной и богатой заинтересованной группы, которая могла бы высказаться в их защиту. Молодые матери по большей части также остаются не услышанными. Хотя внедрение профилактических мер поддержки матерей и детей из группы риска обошлось бы сравнительно недорого и многократно окупилось бы в долгосрочной перспективе, бюджетное планирование большинства политиков не распространяется дальше очередного избирательного цикла. Поэтому нам, профессионалам в области психического здоровья, остается только собирать осколки, когда много позже выжившие обращаются за помощью.

Часть II. ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Восстановление, как и всегда, начинается с безопасности. Модель стадий восстановления, предложенная в этой книге, отлично продержалась более двадцати лет и теперь широко признана в качестве фундамента для лечения травмы. Трехэтапная модель формирует основу «Согласованных рекомендаций по лечению комплексного ПТСР», опубликованных Международным обществом исследований травматического стресса, и «Руководства по лечению диссоциативных расстройств», опубликованного Международным обществом изучения травмы и диссоциации⁵⁵. Базовые учебники по лечению сложных посттравматических и диссоциативных расстройств, опубликованные в последние десять лет, также используют трехэтапную модель⁵⁶.

В свете новых открытий, касающихся важности ранней привязанности, можно концептуализировать задачу первой стадии восстановления как возведение заново надежного фундамента. Когда этот отношенческий фундамент установлен, можно заняться многочисленными психологическими шрамами, которые всегда остаются у переживших детскую травму.

Как много лет назад подчеркивал Эрик Эриксон, способности к автономии, инициативе, трудолюбию, самоидентификации и близости разви-

ваются поступательно, начиная с базового доверия, которое закладывается в первые годы жизни⁵⁷. Если фундамент базового доверия поврежден, это соответствующим образом отражается на всех последующих стадиях развития. Поэтому напрашивается естественный вывод: чем раньше проводится корректирующее вмешательство, тем оно эффективнее. К тому времени, как дети, перенесшие травму, превращаются во взрослых людей, восстановление становится сложным и затратным проектом. Хорошо еще, что оно возможно в принципе. Плохо, что путь к нему долг и порой чрезвычайно тернист.

Парадокс и трудность психотерапии с пациентами, пережившими травму, заключаются в том, что она требует в качестве основания доверительных отношений; однако в терапии с людьми, чье доверие было подорвано на корню, построение доверительных отношений должно быть целью, а не предварительным условием лечения. Эта цель достигается постепенно, кропотливым трудом и методом проб и ошибок, чередой провалов и восстановлений. Очевидно, что всем хотелось бы лечения быстрого, простого, недорогого, да при этом еще и эффективного. Но, увы, мечты остаются мечтами.

Однако в последние два десятилетия, когда мы вступили в эпоху «доказательной» медицины, были проведены многочисленные исследования и разработаны различные методы, или психотерапевтические «бренды», с целью поиска быстрого и простого лечения травмы. Научный золотой стандарт клинических исследований — это рандомизированное контролируемое испытание (РКИ), в ходе которого выбранный метод лечения сравнивается с эффектом плацебо или другим методом лечения того же заболевания. Схема РКИ прекрасно работает в исследованиях лекарственных средств, но плохо подходит для исследований в области психотерапии, поскольку психотерапия — это не таблетка.

Психотерапию трудно стандартизировать. Действительно, многие сказали бы, что психотерапия как результат отношений между двумя индивидуумами не может и не должна быть стандартизирована. Однако схема РКИ требует, чтобы изучаемый метод четко следовал руководству и стремился по возможности исключить вариации, имеющие место в силу особенностей личностей терапевта и пациента. Это делается для того, чтобы гарантировать, что каждый пациент получит идентичное лечение. Схема РКИ также требует высокостандартизированных методов измерения результатов. Это ведет к концентрации внимания на облегчении симптомов. При изучении лечения травмы успех обычно измеряется уменьшением симптомов ПТСР. Хотя большинство людей согласились бы, что этот критерий — обязательное условие успеха, его одного едва ли до-

статочно. Психотерапия ставит перед собой намного более важные цели: мы ищем способ вернуть жизнь, которую хотелось бы прожить.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), которая легче всего поддается стандартизации, до сегодняшнего дня была наиболее широко изученным методом лечения. В частности, один из типов лечения ПТСР, называемый длительной экспозиционной терапией, был признан Институтом медицины США (ныне Академией) как достаточно доказательный⁵⁸. Два типа КПТ-лечения, длительная экспозиционная терапия и когнитивно-процессуальная терапия, были поддержаны Администрацией по делам ветеранов США, которая приложила немало усилий, стараясь внедрить эти методы лечения, особенно длительную экспозиционную терапию, в свою систему психиатрических услуг.

Теоретическую основу экспозиционной терапии составляет теория условных рефлексов И. П. Павлова. Принято считать, что сеть, отвечающая в головном мозге за страх, учится реагировать на стимул, связанный с прошлой травмой, так, словно опасность по-прежнему существует. Если пациент неоднократно подвергается воздействию пугающего стимула в безопасной обстановке, нежелательная реакция страха перестает быть рефлекторной.

Однако уже ясно, что воздействие травмы является слишком глубоким и обширным, чтобы его можно было объяснить простой моделью рефлекторного страха. Поэтому неудивительно, что экспозиционное лечение дает смешанные результаты. Хотя оно эффективно облегчает симптомы ПТСР у некоторых пациентов, многие на него не реагируют и зачастую отказываются от такого лечения на полпути⁵⁹. В недавно проведенном Административной по делам ветеранов исследовании пациентов с диагностированным ПТСР выяснилось, что большинство не завершили курс рекомендованного лечения⁶⁰.

Ниже приводится высказывание одного такого «отказника», Дэвида Дж. Морриса, бывшего офицера морской пехоты. На первом же сеансе назначенный терапевт сказал пациенту, что лучшим лечением для него является длительная экспозиционная терапия, а затем предложил очень подробно рассказать о самых чудовищных воспоминаниях. После месяца такого лечения Моррис сообщил, что его симптомы значительно усугубились. Когда терапевт продолжил настаивать на таком лечении, Моррис ушел от него.

«После своего опыта экспозиционной терапии я стал искать информацию и узнал, что многие против нее возражают... Я ждал три месяца, заполнил бесчисленное количество анкет, и после этого мне предложили хваленую терапию, основанную на теории о том, что лучший способ избавиться от остаточных эффектов ада — пройти через него снова»⁶¹.

Читатели этой книги поймут, что переход непосредственно ко второй стадии (исследованию травматических воспоминаний) без предварительной работы первой стадии (создания терапевтического альянса и заботы о текущей безопасности) может нанести несомненный вред. Поэтому логично предположить, что начинать терапию с решения проблем первой стадии будет предпочтительнее как для пациентов, так и для терапевтов. Более того, ряд таких методов лечения показал многообещающие результаты, хотя в данный момент им не хватает официального одобрения. Эти методы лечения фокусируются на проблемах, связанных с травмой в настоящем, а не с травматическими воспоминаниями.

Безопасность всегда начинается с тела. Если человек не чувствует себя в безопасности в своем теле, он не чувствует себя в безопасности нигде. Следовательно, на начальном этапе восстановления может быть полезна телесно-ориентированная терапия. Например, два исследования, опубликованные в 2014 году, сообщают, что йога хорошо показала себя при лечении ПТСР, обеспечив уменьшение реакции вздрагивания, симптомов перевозбуждения и психического онемения⁶². Бессел ван дер Колк, руководитель одного из этих исследований, объясняет, что йога показала себя как средство восстановления баланса между двумя ветвями автономной нервной системы: симпатической, которая мобилизует организм для действия, включая борьбу и бегство, и парасимпатической, которая организует пищеварение, отдых и восстановление тела. Когда эти две системы пребывают в равновесии, человек чувствует себя хорошо. Он пишет:

«В йоге каждое мгновение внимание фокусируется на дыхании и телесных ощущениях... Как я часто говорю своим студентам, две самые важные фразы в йоге — это “заметьте это”... и “что происходит дальше?”. Когда начинаешь относиться к своему телу с любопытством, а не со страхом, все меняется»⁶³.

Несколько рандомизированных контролируемых исследований также сравнивали модель под названием «терапия, ориентированная на настоящее»* с длительной экспозиционной терапией и другими утвержденными видами КПТ-лечения и выяснили, что данная модель столь же эффективна в лечении ПТСР, при этом пациенты реже отказывались от нее во время лечения⁶⁴. Эти результаты, безусловно, заставляют усомниться в утверждении о том, что для эффективного лечения ПТСР необходима экспозиция.

* Вид терапии ПТСР, фокусирующийся не на травме, а на текущей жизни человека.

Признавая, что поэтапный подход к лечению является наиболее предпочтительным, психолог Марилен Клуатр и ее коллеги разработали двухчастное когнитивно-поведенческое лечение комплексной травмы под названием «ТНАМО/НС»^{*}. Эта аббревиатура расшифровывается как «тренировка навыков аффективных и межличностных отношений и нарративного сторителлинга». Прежде чем взяться за работу по вспоминанию травмы, эта модель решает проблемы заботы о себе, регулирования эмоций и отношений в текущий момент. Первичные результаты показали, что каждый компонент этого лечения был в какой-то мере эффективен для уменьшения симптомов ПТСР, но лучшие результаты были получены тогда, когда два этапа применялись последовательно⁶⁵. Эти многообещающие открытия побудили Национальный институт психического здоровья одобрить финансирование для пятилетнего масштабного исследования этой программы, которое по состоянию на начало 2015 года еще не завершено.

Это исследование проводится в шести разных больницах и клиниках США для малообеспеченных слоев населения, клиники расположены в разных регионах страны. Для исследования отбираются взрослые женщины с историями межличностной травмы и ПТСР. Пациентки методом случайного выбора назначаются либо на программу «ТНАМО/НС», либо на стандартное лечение, которое предоставляется в соответствующей клинике. Цель исследования — определить, превосходит ли экспериментальная программа те виды лечения, которые предлагаются в настоящее время.

Пациенток наблюдают ежедневно в течение 16—24 недель. В руководстве по «ТНАМО/НС» описаны 16 сеансов с возможностью проведения еще до восьми дополнительных встреч без прописанного сценария с учетом гибких обстоятельств реального мира. Когда я спросила доктора Клуатр, чем обосновано такое временное ограничение, она честно объяснила, что никакого клинического обоснования нет. Просто это наибольшая длительность лечения, которую могла одобрить рецензионная комиссия. (Не сомневаюсь, что словам Клуатр, опытной исследовательницы с длинным послужным списком, можно доверять.) Пациентки, активно практикующие суицидальное поведение, самоповреждение, злоупотребление психоактивными веществами или состоящие в небезопасных отношениях исключались из исследования — молчаливое признание того факта, что таким людям нужно значительно больше, чем 4—6 месяцев еженедельной психотерапии.

^{*}STAIR/NST Skills Training in Affective and Interpersonal Relations and Narrative Story Telling (англ.).

Программа «Жертвы насилия» (ЖН) психиатрического отделения Кембриджской больницы была включена в этот грант как одно из мест проведения лечения. Кембриджская больница — это учебная больница, где мы с коллегами создавали программу «ЖН» как модель лечения травмы и подготовки специалистов по ней. Я была рада присоединиться к проекту, поскольку лечение, которое мы предлагаем, прежде никогда не изучалось в рандомизированном контролируемом исследовании. Мы собрали достаточно данных по результатам за прошедшие годы, чтобы рассчитывать на то, что наш метод лечения хорошо себя покажет. Но, конечно, если модель ТНАМО/НС его превзойдет, это станет важным открытием.

Лечение в нашей клинике — это поэтапная модель, основанная на психодинамических концепциях отношений в сочетании с эклектичной смесью других методов. Наш способ лечения не ограничен по времени, но для того, чтобы сравнить его результаты с экспериментальным подходом, наши сотрудники разработали краткое схематическое описание проблем, которые будут в фокусе лечения на каждой стадии восстановления. Это описание и стало нашим практическим руководством.

Ныне это исследование вступает в свой пятый год, и его результаты мы узнаем только в 2016 году. Пока этого не произошло, мы можем лишь осторожно поделиться некоторыми впечатлениями, полученными в нашем лечебном центре. Нам кажется, что каждый тип лечения помогает каким-то людям; самое трудное — предугадать, какое лечение лучше всего подойдет в каждом конкретном случае.

Высокоструктурированное лечение ТНАМО/НС, по-видимому, нравится людям, которые относятся к нему практически как к учебному курсу и мотивированы выполнять еженедельные «домашние задания». Однако другие пациенты и пациентки бунтуют против ограничений этой модели. Их жизнь слишком хаотична для «школьных занятий», и многие бросают курс, не окончив его. Напротив, похоже, многие пациентки, пришедшие в стандартные программы помощи нашей клиники, остаются в них до конца, поскольку там в любой момент могут поговорить на интересную им сейчас тему. Однако вне зависимости от того, какой вид лечения получают люди, очевидно, что большинство из них не восстанавливаются к концу этих четырех-шести месяцев. Когда программа подходит к концу, мы обычно рекомендуем пройти дальнейшее лечение. Мы не знаем никакого быстрого средства от комплексной травмы.

Хотя психодинамическое лечение намного длительнее, сложнее и сильнее сопротивляется стандартизации, чем КПТ, изучение его результатов в последние десять лет начало наверстывать упущенное, в частно-

сти, благодаря ряду европейских исследователей⁶⁶. Что особенно примечательно, психологи Энтони Бейтман и Питер Фонаджи из Лондона разработали высокоэффективную программу для пациентов с диагнозом «пограничное расстройство личности», используя психодинамическое лечение, сосредоточенное на процессе, который они назвали ментализацией. По их определению, «ментализация — это способность имплицитно и эксплицитно осмысливать друг друга и самих себя в плане субъективных состояний и ментальных процессов. Понимание поведения других людей в плане их вероятных мыслей, чувств и стремлений — это серьезное достижение в развитии, которое, мы полагаем, биологически происходит из контекста отношений привязанности»⁶⁷.

В рандомизированном контролируемом исследовании пациенты с диагнозом «пограничное расстройство личности» назначались либо на стандартное лечение, либо на программу ментализации, которая длилась три года: 18 месяцев ежедневного лечения, за которыми следовали 18 месяцев еженедельной индивидуальной и групповой психотерапии. Всех пациентов регулярно обследовали на протяжении восьми лет. В группе ментализации пациенты практически перестали совершать попытки самоубийства, наносить себе повреждения и попадать в больницы, в то время как контрольная группа не продемонстрировала значительных изменений⁶⁸. Когда эффективность этого подхода в лечении стала очевидна, его также адаптировали как исключительно амбулаторное лечение — с превосходными результатами⁶⁹.

Концепция ментализации, или «удержания ума в сознании»^{*}, предлагает способ объяснения сложных отношенческих идей как пациентам, так и терапевтам. Психолог Джон Аллен развеивает таинственность этой концепции, объясняя, что ментализация означает «осознание собственных мыслей и чувств, равно как и чувств и мыслей других...[Она] включает не только сочувствие к другим, но и сочувствие к себе»⁷⁰. Он описывает стиль ментализирующей психотерапии как «разговорный, неформальный, выражающий здравый смысл и заинтересованный»⁷¹. Он также указывает, что другое название для основанного на ментализации лечения — «просто-напросто старая добрая терапия».

Представьте себе мой восторг, когда я наткнулась на такой четкий и научно обоснованный довод в защиту «старой доброй терапии»! Действительно, похоже, что мы в программе «ЖН» все эти годы именно ею и занимались. То, что я называю обеспечением безопасности на первой стадии, очень похоже на «восстановление ментализации в отношениях

^{*}Holding mind in mind (англ.).

привязанности» по Аллену. Когда обеспечена достаточная безопасность, можно заниматься травма-сфокусированной работой второй стадии — воспоминанием и оплакиванием. Однако, как предостерегает Аллен, важно не упустить из виду конечную цель, а именно «жить лучше в настоящем и будущем»⁷²; это я называю третьей стадией, или восстановлением связей.

Этот подход «старой доброй терапии» на самом деле является весьма сложной формой лечения, строящейся на широкой доказательной базе, которая демонстрирует, что единственный и наиболее влиятельный фактор, определяющий терапевтический успех, — это качество отношений между пациентом и терапевтом. Много лет назад психолог Карл Роджерс и его последователи доказали, что качества терапевта, связанные с отношениями, такие как точность в эмпатии, неосуждающая неопределяющая доброта, искренность, с наибольшей вероятностью и силой влияют на положительный исход лечения⁷³. При этом от самого метода терапии или техник зависит сравнительно немного. Когда конкурирующие методы лечения сравниваются друг с другом в грамотно выстроенных исследованиях, ни один не демонстрирует четко выраженного превосходства⁷⁴. Психолог Брюс Уэмполд, сравнивая методы психотерапии, вспоминает принцип птицы Додо из «Алисы в Стране чудес»: «Победили все, и приз будет вручен каждому»⁷⁵.

Как утверждала я и многие другие, психотерапия — скорее ремесло, чем наука, но ее, безусловно, можно изучать научными методами⁷⁶. Однако нужны новые и иные научные подходы. Сейчас уже установлено, что одним из важнейших «действующих ингредиентов» психотерапии является терапевтический альянс⁷⁷. Поэтому вместо того, чтобы стремиться исключить индивидуальность терапевта и пациента, как это делается в рандомизированном контролируемом исследовании, хорошей стартовой точкой могло бы стать изучение общих качеств одаренных терапевтов разных школ, женщин и мужчин, и мастеров ремесла в нашей профессии⁷⁸. Разумеется, это означало бы отход от традиционных научных золотых стандартов. Но, опять же, как недавно указал мне один друг-экономист, «разве мы не ушли от золотого стандарта сто лет назад?».

Один из примеров нового, более естественного подхода к результатам психотерапии — это перспективное исследование лечения пациентов с диссоциативными расстройствами. Их принято считать самыми тяжелыми из посттравматических расстройств, требующими долгосрочной терапии, длящейся годами. В исследовании приняли участие более 200 пар «пациент — терапевт», которые согласились на проведение периодической оценки. Эта терапия не следовала какому-то одному руководству, а основывалась на своде общих принципов, одобренных экспертами.

Через тридцать месяцев после начала лечения, сфокусированного на стабилизации (первая стадия), пациенты в среднем демонстрировали улучшения по параметрам диссоциации, ПТСР, депрессии и самоповреждения. Эти открытия — долгожданный антидот к терапевтическому нигилизму, который считает пациентов с диссоциативными расстройствами не поддающимися лечению (или, того хуже, полагает, что их состояние спровоцировано доверчивыми терапевтами)⁷⁹. На момент написания этого текста исследование продолжается.

Исследования результатов лечения до сих пор в основном фокусировались на индивидуальной психотерапии. Однако групповая терапия обнадеживающе показала себя в деле восстановления после травмы, поскольку группы могут предложить мощный противовес позору и социальной изоляции, которые преследуют переживших травму. Обеспечивая безопасный и сравнительно структурированный контекст для равноправных отношений, группы дают своим пережившим травмирующий опыт участницам и участникам чувство принятия и принадлежности. Группы также создают возможность для появления чувства здоровой гордости за себя, когда их члены обнаруживают, что могут многое предложить друг другу. А поскольку участники/участницы ощущают сострадание других, они учатся сострадать и самим себе. В программе «ЖН» мы видим в группе мостик к сообществу, помогающий выжившим восстанавливать связи с социумом, от которого они чувствовали себя настолько отчужденными⁸⁰.

Меня не удивляет, что группам в клинических исследованиях уделяется сравнительно мало внимания. Их трудно хорошо вести и нелегко изучать. Представьте себе все сложности стандартизации индивидуальной терапии и умножьте их на число членов группы. Тем не менее проводится достаточное число исследований, демонстрирующих, что различные виды групп могут быть эффективными в лечении ПТСР⁸¹.

Одно из крупнейших на сегодняшний день исследований сравнивало лечение в группе, фокусирующейся на травме, и терапию, ориентированную на настоящее, для ветеранов с ПТСР в десяти клиниках в системе Администрации по делам ветеранов. Его результаты подкрепили «гипотезу птицы Додо»: оба вида лечения оказались одинаково эффективными⁸². Однако, на мой взгляд, эти исследователи упустили прекрасную возможность, когда назначали пациентов в группы того или иного типа методом случайного выбора. Ведь есть вероятность, что каждый тип лечения покажет себя наилучшим образом, если при назначении учитывать стадию восстановления конкретного пациента. Я рискнула бы предсказать, что находящиеся на первой стадии восстановления добьются большого успеха в группах, ориентированных на настоящее время, но не в группах,

фокусирующихся на травме. И наоборот, пациенты, готовые ко второй стадии восстановления, с гораздо большей вероятностью получили бы больше пользы в группе, фокусирующийся на травме.

Лучшее представление о том, какая группа подойдет конкретному пациенту, было бы особенно полезно потому, что групповая терапия — главная форма лечения, предлагаемая многими системами психиатрической помощи. Для ее популярности есть одна простая причина, никак не связанная с ее эффективностью: она считается экономичным методом, поскольку один терапевт может лечить сразу много пациентов. В реальности групповая терапия с качественным ведением обходится недешево; она требует тщательной подготовки и предварительного обследования, в идеале в группе должно быть двое ведущих и осуществляться регулярная супервизия. Она также должна быть сравнительно небольшой, чтобы у всех участников/участниц была возможность для активного участия. Лучшая причина для развития групповой терапии заключается в том, что группа с грамотным ведением предлагает выжившим мощный освобождающий опыт.

В программе «ЖН» мы разработали ряд моделей групп, с которыми работаем регулярно. Срок работы всех этих групп ограничен и составляет от 10 недель до нескольких месяцев. Большинство групп рекомендуется совмещать с индивидуальной психотерапией. Ограничение по сроку работы обусловлено и клиническими, и практическими соображениями. С практической точки зрения и терапевтам, и пациентам намного легче сохранять приверженность обязательству регулярно посещать встречи в течение ограниченного периода времени. С клинической точки зрения на определенном отрезке времени легче поддерживать интенсивность эмоциональных процессов в группе. И хотя на первой и второй стадиях восстановления пациенты/пациентки становятся сплоченными на почве общей идентичности — как выжившие, перенесшие травму, — мы не хотим надолго вселять в своих пациентов/пациенток идею о том, что только люди, прошедшие через схожий травмирующий опыт, могут понять друг друга. Страдание в этом мире принимает множество форм, и люди, пережившие травму, могут как многое дать, так и многому научиться у тех, кто не обладает подобным жизненным опытом.

Группы первой стадии в программе «Жертвы насилия» носят говорящие названия, например «группа информации о травме», «травма и тело», «медитация и управление стрессом», «здоровые отношения» и «йога для переживших травму». Эти группы сфокусированы на обеспечении безопасности и заботе о себе. Участники не делятся подробностями своих историй травмы: скорее узы между ними возникают на почве страданий,

являющихся выражением прошлого травмирующего опыта и переживаемых ими в текущий момент. Они обретают общность в понимании своих симптомов, узнавая новые и более адаптивные способы управлять ими в ходе работы группы.

Ряд моделей групп для начального этапа восстановления был разработан и в других клинических центрах. Пожалуй, наиболее известная — «Стремление к безопасности», набор из 25 учебных упражнений для пациентов, страдающих от травмы и злоупотребления психоактивными веществами. Эту модель можно адаптировать как для индивидуальной, так и для групповой терапии⁸³. Несколько контролируемых исследований продемонстрировали эффективность этой программы в уменьшении симптомов ПТСР и злоупотребления психоактивными веществами⁸⁴.

В программе «ЖН» у нас также есть проверенная временем модель для группы второй стадии. Это «наследница» группы для переживших инцест, проект которой я разрабатывала со своей старой подругой и коллегой Эмили Шатзоу в 1980-х, описанная в деталях в этой книге (см. главу 1). Адаптированная для более широкого круга пациенток Кембриджской больницы, за эти годы группа стала одной из постоянных составляющих нашей программы. Теперь мы называем ее «группой восстановления после травмы», или ГВПТ. У большинства участниц этой группы, которые начиная с детства переживали межличностное насилие во множестве форм, значительно снизилась депрессия, ПТСР, диссоциация и проблемы в отношениях, а способности к эмоциональной регуляции и самооценка улучшились.

Одним из самых больших удовольствий для меня за время моей преподавательской карьеры было видеть, как новое поколение клиницистов осваивает и развивает эту модель. Недавно грант, полученный от частного фонда, дал нам возможность разработать и опубликовать практическое руководство для *Групп восстановления после травмы*. Психолог Микаэла Мендельсон, которая была старшим научным сотрудником в *Жертвах насилия*, а затем стала директором нашей исследовательской команды, разработала и возглавила этот процесс, бережно переложивший свод клинических знаний и навыков из устной традиции в письменную⁸⁵.

Как одна из бабушек этого проекта, я ощутила невероятный *квелл*, когда эта книга была опубликована. «Квелл» — это слово на идише, которое буквально означает «переполняться», как фонтан или источник, а фигурально чувствовать радость при виде достижений следующего поколения. Насколько я знаю, *Группа восстановления после травмы* — одна из двух (всего!) моделей групп второй стадии, описание которых вышло в печатном виде.

Освобождающий опыт восстановления переживается одновременно как обыденный и волшебный. Мы, участвующие вместе с выжившими в процессе восстановления, обретаем вдохновение и мужество, чтобы продолжать свое дело, несмотря на то что слышим истории жестокости, которые неизменно нас потрясаят. Пациентки/пациенты, участвующие в терапевтических группах, обретают вдохновение и мужество, глядя друг на друга. Поэтому я завершу эту книгу цитатой из свидетельства Леноры (имя изменено), пациентки одной из наших групп восстановления после травмы:

«Самое главное для меня — это польза от возможности не хранить секреты и быть способной разговаривать о вещах, которые... в общем, я думала, что если когда-нибудь заговорю о них, то растаю и просочусь сквозь землю, исчезну, или люди станут разбегаться от меня, словно крысы. Но нет, этого не случилось — ни со мной, ни с другими. Теперь я почти что могу выйти за пределы себя и посмотреть на свои обстоятельства со стороны, потому что знаю, как бы я отреагировала, если бы кто-то другой рассказал мне мою историю. Я бы очень сочувствовала этому человеку. Так что, надеюсь, я сумею сохранить такое видение»⁸⁶.

В этом кратком заявлении Ленора затрагивает многие темы этой книги: преодоление барьеров позора и секретности, умение благодаря связям с другими сделать выносимыми непереносимые чувства, горевание и оплакивание прошлого и приход к новому восприятию с более сострадательным отношением к себе в настоящем. Мы наблюдаем, как в этом процессе восстановления преображаются людские жизни — вот что дает нам, старожилам, практикам «старой доброй терапии», возможность продолжать свою работу.

ПРИМЕЧАНИЯ

Глава 1

1. L. Eitinger, «The Concentration Camp Syndrome and Its Late Sequelae» // В сб. *Survivors, Victims and Perpetrators* / Под. ред. J. E. Dimsdale (New York: Hemisphere, 1980). С. 127—162.
2. Тенденция стороннего наблюдателя ополчаться на жертву подробно исследована в работе V. J. Lerner, *The Belief in a Just World* (New York: Plenum, 1980).
3. H. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious* (New York: Basic Books, 1970). С. 142.
4. M. Micale, «Hysteria and Its Historiography: A Review of Past and Present Writings», *History of Science* 27 (1989). С. 223—267 и 319—351, цит. стр. 319.
5. Более полное обсуждение влияния Шарко см. в работах: Ellenberger, *Discovery of the Unconscious*; G. F. Drinka, *The Birth of Neurosis: Myth Malady and the Victorians* (New York: Simon & Schuster, 1984); E. Showalter, *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830—1980* (New York: Pantheon, 1985); J. Goldstein, *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century* (New York: Cambridge University Press, 1987).
6. A. Muntle. Цит. по кн. Drinka, *The Birth of Neurosis*. С. 88.
7. S. Freud, «Charcot», [1893] в изд. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (далее *Standard Edition*). Т. 3 / Пер. с нем. J. Strachey (London: Hogarth Press, 1962). С. 19.
8. C. Goetz (ред. и пер.) *Charcot the Clinician: The Tuesday Lessons. Excerpts from Nine Case Presentations on General Neurology Delivered at the Salpêtrière Hospital in 1887—88* (New York: Raven Press, 1987). С. 104—105.
9. Это соперничество выродилось в пожизненную вражду. Каждый претендовал на первенство в открытии и принижал работу другого как производное от его собственной. См.: C. Perry and J. R. Laurence, «Mental Processing Outside of Awareness: The Contributions of Freud and Janet» // В сб. *The Unconscious Reconsidered* / Под ред. K. S. Bowers, D. Meichenbaum (New York: Wiley, 1984).

10. P. Janet, *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine* (Paris: Félix Alcan, 1889; Paris: Société Pierre Janet/Payot, 1973).
11. J. Breuer and S. Freud, «Studies on Hysteria», [1893—95] в *Standard Edition*. Т. 2 / Пер. с нем. J Strachey (London: Hogarth Press, 1955).
12. Там же. С. 13.
13. По словам Эллиенбергера, Жане первым стал употреблять слово «подсознание». *Ellenberger, The Discovery of the Unconscious*. С. 413, прим. 82.
14. Breuer and Freud, *Studies on Hysteria*. С. 7.
15. Там же. С. 30.
16. P. Janet, «Etude sur un case d'aboulie et d'idées fixes», *Revue Philosophique* 31 (1891) / Пер. и цит. по: *Ellenberger, Discovery of the Unconscious*. С. 365—366.
17. Breuer and Freud, *Studies on Hysteria*. С. 35.
18. Там же. С. 259—260.
19. S. Freud, «The Aetiology of Hysteria», [1896], в *Standard Edition*. Т. 3 / Пер. с нем. J. Strachey (London: Hogarth Press, 1962). С. 203.
20. М. Bonaparte, A Freud, and E. Kris (ред.), *The Origins of Psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess, Drafts and Notes: 1887—1902, by Sigmund Freud* / Пер. E Mosbacher and J. Strachey (New York: Basic Books, 1954). С. 215—216.
21. S. Freud, *Dora: An Analysis of a Case of Hysteria*, ред. P. Rieff (New York: Collier, 1963). С. 13. Феминистскую критику случая Доры см. в работах: Н. В. Lewis, *Psychic War in Men and Women* (New York: New York University Press, 1976); C. Bernheimer, and C. Kahane (ред.), *In Dora's Case: Freud-Hysteria-Feminism* (New York: Columbia University Press, 1985).
22. F. Deutsch, «A Footnote to Freud's 'Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria'», *Psychoanalytic Quarterly* 26 (1957). С. 159—167.
23. F Rush, «The Freudian Cover-Up», *Chrysalis* 1 (1977). С. 31—45; J. L. Herman, *Father-Daughter Incest* (Cambridge: Harvard University Press, 1981); J. M. Mason, *The Assault on Truth. Freud's Suppression of the Seduction Theory* (New York: Farrar, Straus & Giroux, 1984).
24. S. Freud, «An Autobiographical Study», [1925], в *Standard Edition*. Т. 20 / Пер. с нем. J. Strachey (London: Hogarth Press, 1962). С. 34.
25. I. Veith, «Four Thousand Years of Hysteria» // В сб. *Hysterical Personality*, ред. М. Horowitz (New York: Jason Aronson, 1977). С. 7—93.
26. Цит. по кн.: Р. К. Bidelman, *Pariahs Stand Up! The Founding of the Liberal Feminist Movement on France, 1858—1889* (Westport, CT: Greenwood Press, 1982). С. 17.
27. J. M. Charcot and P. Richer, *Les démoniaques dans l'art* [1881]; (Paris: Macula, 1984).
28. Goldstein, *Console and Classify*.
29. Цит. и пер. по: Goldstein, *Console and Classify*.

30. W. James, «Review of Janet's essays, 'L'état mental des Hystériques' and 'L'amnésie continue,'» *Psychological Review* 1 (1894). С. 195.
31. Об истории феминистского движения в XIX в. во Франции см.: Bidelman, *Pariah's Stand Up!*; C. G. Moses, *French Feminism in the Nineteenth Century* (Albany, NY: State University of New York Press, 1984).
32. Цит. по кн.: Goldstein, *Console and Classify*. С. 375.
33. G. Tourette, «Jean-Martin Charcot», *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* 6 (1893). С. 241—250.
34. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud* (New York: Basic Books, 1953); M. Rosenbaum, «Anna O (Bertha Pappenheim): Her History» // В кн. *Anna O: Fourteen Contemporary Reinterpretations* / Под. ред. М. Rosenbaum, М. Muroff (New York: Free Press, 1984). С. 1—25.
35. Вонапарте et al. *The Origins of Psychoanalysis*. С. 134.
36. Фрейд, письмо Вильгельму Флиссу от 4 мая 1896 г.. Цит. по кн.: Masson, *Assault on Truth*. С. 10.
37. Masson, *Assault on Truth*; J. Malcolm, *In the Freud Archives* (New York: Knopf, 1984). Судебная тяжба между Массоном и Малкольмом все еще продолжалась на момент создания этой книги.
38. Masson, *Assault on Truth*.
39. Феминистская критика фрейдовской трактовки психологии женщин обширна. Два классических примера: K. Horney, «The Flight From Womanhood: The Masculinity Complex in Women as Viewed by Men and by Women», *International Journal of Psycho-Analysis* 7 (1926). С. 324—329, и K. Millet, *Sexual Politics* (New York: Doubleday, 1969).
40. Цит. из работы: M. Kaplan, «Anna O and Bertha Pappenheim: An Historical Perspective» // В кн. Rosenbaum and Muroff, *Anna O*. С. 107.
41. Цит. из работы: M. Rosenbaum, «Anna O (Bertha Pappenheim): Her History» // В кн. Rosenbaum and Muroff, *Anna O*. С. 22.
42. Цит. из работы: Kaplan, «Anna O and Bertha Pappenheim». С. 114.
43. Showalter, *The Female Malady*. С. 168—170.
44. C. S. Myers, *Shell Shock in France* (Cambridge: Cambridge University Press, 1940).
45. A. Leri, *Shell Shock: Commotional and Emotional Aspects* (London: University of London Press, 1919). С. 118.
46. Цит. по кн.: Showalter, *The Female Malady*. С. 177.
47. P Fussell (ред.), *Siegfried Sassoon's Long Journey: Selections from the Sherston Memoirs* (New York: Oxford University Press, 1983). С. 104.
48. R. Graves, *Goodbye to All That* [1929] (New York: Doubleday, 1957). С. 263.
49. Fussell, *Siegfried Sassoon's Long Journey*. С. 134, 136.
50. Там же. С. 141.
51. A. Kardiner, *My Analysis with Freud* (New York: Norton, 1977). С. 52.
52. Там же. С. 110—111.
53. Там же. С. 27, 101.

54. A. Kardiner, and H. Spiegel, *War, Stress, and Neurotic Illness* (в новой ред. *The Traumatic Neuroses of War*) (New York: Hoeber, 1947). С. 1.
55. Там же. С. 406.
56. J. W. Appel, and G. W. Beebe, «Preventive Psychiatry: An Epidemiological Approach», *Journal of the American Medical Association* 131 (1946). С. 1468—1471, цит. с. 1470.
57. R. P. Grinker, and J. Spiegel, *Men Under Stress* (Philadelphia: Blakeston, 1945).
58. Grinker and Spiegel, *Men Under Stress*; Kardiner and Spiegel, *War, Stress*.
59. Kardiner and Spiegel, *War, Stress*. С. 365.
60. Grinker and Spiegel, *Men Under Stress*. С. 371.
61. J. Ellis, *The Sharp End of War: The Fighting Man in World War II* (London: David and Charles, 1980).
62. R. J. Lifton, *Home from War: Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners* (New York: Simon & Schuster, 1973). С. 31.
63. «Interview with Chaim Shatan», *McGill News*, Montreal, Quebec, февраль 1983.
64. M. Norman, *These Good Men: Friendships Forged From War* (New York: Crown, 1989). С. 139, 141.
65. A. Egendorf et al. *Legacies of Vietnam*. Т. 1—5 (Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1981).
66. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3-я ред. (DSM-III) (Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1980).
67. B. Friedan, *The Feminine Mystique* (New York: Dell, 1963).
68. K. Amatniek (Sarachild), «Consciousness-Raising», in *New York Redstockings: Notes from the Second Year, 1968* (самиздат). Об истории происхождения феминистского движения в этот период см.: S. Evans, *Personal Politics* (New York: Vintage, 1980).
69. J. Tepperman, |Going Through Changes», в сб. *Sisterhood Is Powerful* / Под. ред. R. Morgan (New York: Random House, 1970). С. 507—508.
70. K. Sarachild, «Consciousness-Raising: A Radical Weapon», в сб. *Feminist Revolution* / Под. ред. K. Sarachild (New York: Random House, 1978). С. 145. (Ориг. изд. *New York Redstockings*, 1975).
71. D. E. H. Russell, *Sexual Exploitation: Rape, Child Sexual Abuse, and Sexual Harassment* (Beverly Hills, CA: Sage, 1984).
72. S. Brownmiller, *Against Our Will: Men, Women, and Rape* (New York: Simon & Schuster, 1975).
73. Там же. С. 14—15
74. A. W. Burgess and L. L. Holmstrom, «Rape Trauma Syndrome», *American Journal of Psychiatry* 131 (1974). С. 981—986.
75. Об истории движения женщин, подвергающихся побоям, см.: S. Schechter, *Women and Male Violence: The Visions and Struggles of the Battered Women's Movement* (Boston: South End Press, 1982).

76. L. Walker, *The Battered Woman* (New York: Harper & Row, 1979).
77. J. L. Herman and L. Hirschman, «Father-Daughter Incest», *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 2 (1977); стр. 745—756.
78. V. Woolf, *Three Guineas* [1938] (New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1966). С. 147.

Глава 2

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3-я ред. (DSM-III) (Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1980). С. 236.
2. N. C. Andreasen, «Posttraumatic Stress Disorder», в сб. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4-е изд. / Под ред. Н. I. Kaplan and B. J. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1985). С. 918—924.
3. B. L. Green, J. D. Lindy, M. C. Grace et al. «Buffalo Creek Survivors on the Second Decade: Stability of Stress Symptoms», *American Journal of Orthopsychiatry* 60 (1990). С. 43—54.
4. B. Green, J. Lindy, M. Grace, «Posttraumatic Stress Disorder: Toward DSM-IV», *Journal of Nervous and Mental Disease* 173 (1985). С. 406—411.
5. P. Janet, *L'Automatisme Psychologique* (Paris: Félix Alcan, 1889). С. 457. Обзор и подведение итогов работы Жане с психологической травмой см. в статье B. A. van der Kolk and O. van der Hart, «Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 1530—1540.
6. A. Kardiner and H. Spiegel, *War, Stress, and Neurotic Illness* (в новой ред. *The Traumatic Neuroses of War*) (New York: Hoeber, 1947). С. 186.
7. R. Graves, *Goodbye to All That* [1929] (New York: Doubleday, 1957). С. 257.
8. Kardiner and Spiegel, *War, Stress*. С. 13.
9. R. Grinker and J. P. Spiegel, *Men Under Stress* (Philadelphia: Blakeston, 1945). С. 219—220.
10. L. C. Kolb, «A Neuropsychological Hypothesis Explaining Post-Traumatic Stress Disorders», *American Journal of Psychiatry* 144 (1987). С. 989—995.
11. R. Pitman, *Biological Findings in PTSD: Implications for DSM-IV Classification* (неопубликованная работа, Veterans Administration Center, Manchester, NH, 1990). С. 16.
12. M. E. McFall, M. M. Murburg, D. K. Poszell et al. «Psychophysilogic and Neuroendocrine Findings in Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Theory and Research», *Journal of Anxiety Disorders* 3 (1989). С. 243—257.
13. A. Shalev, S. Orr, T. Peri et al. «Impaired Habituation of the Automatic Component of the Acoustic Startle Response in Post-Traumatic Stress Disorder» (работа представлена на ежегодной встрече Американской психиатрической ассоциации в Новом Орлеане в 1991 г.).

14. L. C. Kolb and L. R. Multipassi, «The Conditioned Emotional Response: A Subclass of Chronic and Delayed Post-Traumatic Stress Disorder», *Psychiatric Annals* 12 (1982). С. 979—987. Т. М. Keane, R. T. Zimering, and J. M. Caddell, «A Behavioral Formulation of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans», *The Behavior Therapist* 8 (1985). С. 9—12.
15. Фрейд З., По ту сторону принципа удовольствия. Фолио, 2013.
16. Kardiner and Spiegel, *War, Stress*. С. 201.
17. P. Janet, *Psychological Healing*, [1919]. Т. 1 / Пер. Е. Paul and С. Paul (New York: Macmillan, 1925). С. 661—663.
18. D. Lessing, «My Father» // В кн. *A Small Personal Voice* (New York: Random House, 1975). С. 87.
19. E. A. Brett and R. Ostroff, «Imagery in Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview», *American Journal of Psychiatry* 142 (1985). С. 417—424.
20. R. J. Lifton, «The Concept of the Survivor», в *Survivors, Victims, and Perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust* / Под. ред. J. E. Dimsdale (New York: Hemisphere, 1980). С. 113—126.
21. Т. О'Брайен. Что они несли с собой. М.: АСТ, 2018.
22. B. A. van der Kolk, «The Trauma Spectrum: The Interaction of Biological and Social Events in the Genesis of the Trauma Response», *Journal of Traumatic Stress* 1 (1988). С. 273—290.
23. L. Terr, «What Happens to Early Memories of Trauma? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27 (1988). С. 96—104.
24. R. Pitman, «Post-Traumatic Stress Disorder, Hormones, and Memory», *Biological Psychiatry* 26 (1989). С. 221—223.
25. Van der Kolk, «Trauma Spectrum»,
26. B. A. van der Kolk, R. Blitz, W. Butt et al. «Nightmares and Trauma», *American Journal of Psychiatry* 141 (1984); R. J. Ross, W. A. Ball, K. A. Sullivan et al. «Sleep Disturbance as the Hallmark of Post-Traumatic Stress Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 697—707.
27. L. Terr, *Too Scared to Cry* (New York: HarperCollins 1990). С. 238, 239, 247.
28. Беседа с С. Абдулалли, 2 апреля 1991 г.
29. Беседа с Ш. Саймон, 7 мая 1991 г.
30. Беседа с К. Смитом, 14 июня 1991 г.
31. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Фолио, 2013.
32. Janet, *Psychological Healing*. С. 603.
33. М. Horowitz, *Stress Response Syndromes* (Northvale, NJ: Jason Aronson, 1986). С. 93—94.
34. P. Russell, «Trauma, Repetition and Affect» (работа представлена на конференции Psychiatry Grand Rounds, Cambridge Hospital, Cambridge, MA, 5 сентября 1990 г.).

35. New York Radical Feminist Speakout on Rape, 1971. Цит. по кн.: S. Brown-miller, *Against Our Will: Men, Women, and Rape* (New York: Simon & Schuster, 1975). С. 358.
36. Цит. по кн.: P. Bart and P. O'Brien, *Stopping Rape: Successful Survival Strategies* (New York: Pergamon, 1985). С. 47.
37. Цит. по кн.: R. Warshaw, *I Never Called it Rape* (New York: Harper & Row, 1988). С. 56.
38. Цит. по кн.: N. Frankel and L. Smith, *Patton's Best* (New York: Hawthorne Books, 1978). С. 89.
39. E. Hilgard, *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action* (New York: John Wiley, 1977).
40. D. Spiegel, «Hypnosis, Dissociation, and Trauma», в *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*, ред. J. L. Singer (Chicago: University of Chicago Press, 1990). С. 121—142.
41. Hilgard, *Divided Consciousness*.
42. J. Hilgard, *Personality and Hypnosis: A Study of Imaginative Involvement* (Chicago: University of Chicago Press, 1870); R. K. Stutman and E. L. Bliss, «Post-Traumatic Stress Disorder, Hypnotizability, and Imagery», *American Journal of Psychiatry* 142 (1985). С. 741—743; D. Spiegel, T. Hunt, and H. Dondershine, «Dissociation and Hypnotizability in Post-Traumatic Stress Disorder», *American Journal of Psychiatry* 145 (1988). С. 301—305; J. L. Herman, J. C. Perry, and B. A. van der Kolk, «Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 490—495.
43. D. Spiegel, E. J. Frischholz, H. Spiegel et al. «Dissociation, Hypnotizability, and Trauma» (работа представлена на ежегодной встрече Американской психиатрической ассоциации в Сан-Франциско в мае 1989 г.). С. 2.
44. Hilgard, *Divided Consciousness*. С. 246.
45. R. K. Pitman, B. A. van der Kolk, S. P. Orr et al. «Naloxone-Reversible Analgesic Response to Combat-Related Stimuli in Post-Traumatic Stress Disorder: A Pilot Study», *Archives of General Psychiatry* 47 (1990). С. 541—547.
46. Grinker and Spiegel, *Men Under Stress*.
47. J. J. Card, *Lives After Vietnam: The Personal Impact of Military Service* (Lexington, MA: D. C. Heath, 1983).
48. H. Hendin and A. P. Haas, *Wounds of War: The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam* (New York: Basic Books, 1984).
49. R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank et al. *Trauma and the Vietnam War Generation* (New York: Brunner/Mazel, 1990).
50. Lifton, *Concept of the Survivor*.
51. P. Janet, *L'Etat mental des hysteriques* (Paris: Félix Alcan, 1911).
52. Kardiner and Spiegel, *War, Stress*. С. 128, случай 28 (курсив мой. — Прим. авт.).

53. New York Radical Feminist Speakout, 1971. Цит. по кн.: *Rape: The First Source-book for Women* / Под. ред. N. Connell and C. Wilson (New York: New American Library, 1974). С. 44.
54. Цит. по кн.: R. Warshaw, *I Never Called it Rape*. С. 33.
55. Беседа с К. Смитом, 1991 г.
56. Grinker and Spiegel, *Men Under Stress*.
57. L. C. Terr, «Chowchilla Revisited: The Effects of Psychic Trauma Four Years After a School-Bus Kidnapping», *American Journal of Psychiatry* 140 (1983). С. 1543—1550.
58. Kardiner and Spiegel, *War, Stress*; Horowitz, *Stress Response Syndromes*; Brett and Ostroff, *Imagery*.
59. Ван дер Колк указывает, что симптомы перевозбуждения при ПТСР совпадают с симптомами отмены опиатов, и постулирует нарушение нормального баланса между центральной адренергической и опиоидной системами. См. его статью «Inescapable Shock, Neurotransmitters, And Addiction to Trauma: Toward a Psychobiology of Post Traumatic Stress», *Biological Psychiatry* 20 (1985). С. 314—325.
60. D. G. Kilpatrick, L. J. Veronen, and P. A. Resick, «The Aftermath of Rape: Recent Empirical Findings», *American Journal of Orthopsychiatry* 49 (1979). С. 658—669.
61. J. V. Becker, L. J. Skinner, G. G. Abel et al. «The Effects of Sexual Assault on Rape and Attempted Rape Victims», *Victimology* 7 (1982). С. 106—113.
62. C. C. Nadelson, M. T. Notman, H. Jackson et al. «A Follow-up Study of Rape Victims», *American Journal of Psychiatry* 139 (1982). С. 1266—1270.
63. A. W. Burgess and L. L. Holmstrom, «Adaptive Strategies and Recovery from Rape», *American Journal of Psychiatry* 136 (1979). С. 1278—1282.
64. H. M. van der Ploerd and W. C. Kleijn, «Being Held Hostage in the Netherlands: A Study of Long-Term Aftereffects», *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989). С. 153—170.
65. Kardiner and Spiegel, *War, Stress*, случай 40. С. 381—389.
66. C. Van Dyke, N. J. Zilberg, and J. A. McKinnon, «PTSD: A 30-year Delay in a WW II Combat Veteran», *American Journal of Psychiatry* 142 (1985). С. 1070—1073.
67. S. Sutherland and D. J. Scherl, «Patterns of Response Among Victims of Rape», *American Journal of Orthopsychiatry* 40 (1970); E. Hilberman, *The Rape Victim* (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1976); D. Rose, «'Worse than death': Psychodynamic of Rape Victims and the Need for Psychotherapy», *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 817—824.
68. V. Woolf, *Mrs. Dalloway* [1925] (New York: Harvest, 1975). С. 132—133.
69. Lessing, *A Small Personal Voice*. С. 86.
70. D. J. Kilpatrick, C. L. Best, L. J. Veronen et al. «Mental Health Correlates of Criminal Victimization: A Random Community Survey», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53 (1985). С. 866—873.

71. D. A. Pollock, M. S. Rhodes, C. A. Boyle et al. «Estimating the Number of Suicides Among Vietnam Veterans», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990). С. 772—776.
72. Н. Hendin and A. P. Haas, «Suicide and Guilt as Manifestations of PTSD in Vietnam Combat Veterans», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991). С. 586—591.
73. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Фолио, 2013.

Глава 3

1. M. Horowitz, *Stress Response Syndromes* (Northvale, NJ: Jason Aronson, 1986).
2. R. Janoff-Bulman, «The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions», в сб. *Trauma and Its Wake* / Под. ред. С. Figley (New York: Brunner/Mazel, 1985). С. 15—35.
3. A. Sebold, «Speaking of the Unspeakable», *Psychiatric Times* (January 1990). С. 34.
4. E. Ericson, *Childhood and Society* (New York: Norton, 1950); C. E. Franz and K. M. White, «Individuation and Attachment in Personality Development: Extending Ericson's Theory», в сб. *Gender and Personality: Current Perspectives on Theory and Research* / Под. ред. А. I. Stewart and M. B. Lykes (Durham. NC: Duke University Press, 1985). С. 136—168; J. B. Miller, *Connections, Disconnections and Violations* (Stone Center Working Paper Series no. 33, Wellesley, MA, 1988).
5. V. Woolf, *Mrs. Dalloway* [1925] (New York: Harvest, 1975). С. 134—136.
6. Н. B. Lewis, *Shame and Guilt in Neurosis* (New York: International Universities Press, 1971).
7. Т. О'Брайен. Что они несли с собой. М.: АСТ, 2018.
8. R. J. Lifton, «The Concept of the Survivor», в *Survivors, Victims, and Perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust* / Под. ред. J. E. Dimsdale (New York: Hemisphere, 1980). С. 113—126.
9. Janoff-Bulman, «The Aftermath of Victimization»,
10. R. J. Lifton, *Death in Life: Survivors of Hiroshima* (New York: Simon & Schuster, 1967); J. L. Titchener and F. T. Kapp, «Family and Character Change at Buffalo Creek», *American Journal of Psychiatry* 133 (1976). С. 295—301; K. T. Erikson, *Everything in Its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood* (New York: Simon & Schuster, 1976).
11. N. Breslau and G. Davis, «Post-Traumatic Stress Disorder: The Etiologic Specificity of Wartime Stressors», *American Journal of Psychiatry* 144 (1987). С. 578—583.
12. B. L. Green, J. D. Lindy, M. C. Grace et al. «Buffalo Creek Survivors on the Second Decade: Stability of Stress Symptoms», *American Journal of Orthopsychiatry* 60 (1990). С. 43—54.

13. N. Speed, B. Engdahl, J. Schwartz et al. «Posttraumatic Stress Disorder as a Consequence of the POW Experience», *Journal of Nervous and Mental Disease* 177 (1989). С. 1447—1453; D. Foy, R. Sippelle, D. Rueger et al. «Etiology of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans: Analysis of Premilitary, Military and Combat Exposure Influences», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52 (1984). С. 79—87.
14. R. S. Laufer, E. Brett, and M. S. Gallops, «Symptom Patterns Associated with Post-Traumatic Stress Disorder among Vietnam Veterans Exposed to War Trauma», *American Journal of Psychiatry* 142 (1985). С. 1304—1311.
15. Breslau and Davis, «Post-Traumatic Stress Disorder»,
16. Lifton, «The Concept of the Survivor»; R. J. Lifton, *Home from War: Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners* (New York: Simon & Schuster, 1973).
17. Цит. по кн.: М. Norman, *These Good Men: Friendships Forged From War* (New York: Crown, 1989). С. 24.
18. A. Kardiner, and H. Spiegel, *War, Stress, and Neurotic Illness* (в новой ред. *The Traumatic Neuroses of War*) (New York: Hoeber, 1947). С. 128.
19. Там же. С. 129.
20. Цит. по кн.: R. Warshaw, *I Never Called it Rape* (New York: Harper & Row, 1988). С. 68.
21. Цит. по кн.: J. Schorer, *It Couldn't Happen to Me: One Woman's Story* (Des Moines, Iowa: Des Moines Register, репринт, 1990). С. 15.
22. B. L. Green, M. C. Grace, J. D. Lindy et al. «Risk Factors for PTSD and Other Diagnoses in a General Sample of Vietnam Veterans», *American Journal of Psychiatry* 174 (1990). С. 729—733.
23. Laufer et al. «Symptom Patterns»; J. Card, *Lives After Vietnam: The Personal Impact of Military Service* (Lexington, MA: D. C. Heath, 1983).
24. J. H. Shore, E. L. Tatum, and W. M. Vollmer, «Psychiatric Reactions to Disaster: The Mount St. Helens Experience», *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 590—596.
25. R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank et al. *National Vietnam Veteran Readjustment Study (NVVRS): Executive Summary* (Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute, 1988).
26. Оценка Теренса Кина, Ph.D, директора отдела бихевиоральных наук Национального центра исследований ПТСР, Бостонский госпиталь Ассоциации ветеранов, Бостон. Данные по пожизненному сохранению ПТСР, полученные исследованием ветеранов Вьетнама, проанализированы не полностью.
27. L. Terr, *Too Scared to Cry* (New York: HarperCollins, 1990).
28. A. W. Burgess and L. L. Holmstrom, «Rape Trauma Syndrome», *American Journal of Psychiatry* 131 (1974). С. 981—986.
29. N. Breslau, G. C. Davis, P. Andreski et al. «Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults», *Archives of General Psychiatry* 48 (1991). С. 216—222.

30. H. Hendin and A. P. Haas, *Wounds of War: The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam* (New York: Basic Books, 1984).
31. R. P. Grinker, and J. Spiegel, *Men Under Stress* (Philadelphia: Blakeston, 1945).
32. M. Gibbs, «Factors in the Victim That Mediate Between Disaster and Psychopathology: A Review», *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989). С. 489—514: S. S. Luther and E. Zigler, «Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood», *American Journal of Orthopsychiatry* 61 (1991). С. 6—22.
33. E. E. Werner, «High Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years», *American Journal of Orthopsychiatry* 59 (1989). С. 72—81.
34. R. Flannery, «From Victim to Survivor: A Stress-Management Approach in the Treatment of Learned Helplessness» // В сб. *Psychological Trauma* / Под. ред. B. A. van der Kolk (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1987). С. 217—232.
35. A. Holen, *A Long-Term Study of Survivors from Disaster* (Oslo, Norway: University of Oslo Press, 1990).
36. Hendin and Haas, *Wounds of War*. С. 214.
37. P. Bart and P. O'Brien, *Stopping Rape: Successful Survival Strategies* (New York: Pergamon, 1985).
38. Беседа с Клайдом, 1988 г.
39. Green et al. «Buffalo Creek Survivors»,
40. A. W. Burgess and L. L. Holmstrom, «Adaptive Strategies and Recovery from Rape», *American Journal of Psychiatry* 136 (1979). С. 1278—1282.
41. Gibbs, «Factors in the Victim».
42. A. H. Green, «Dimensions of Psychological Trauma in Abused Children», *Journal of the American Association of Child Psychiatry* 22 (1983). С. 231—237.
43. B. A. van der Kolk, «The Trauma Spectrum: The Interaction of Biological and Social Events in the Genesis of the Trauma Response», *Journal of Traumatic Stress* 1 (1988). С. 273—290: Kulka et al. *NVRS*.
44. A. W. Burgess, «Sexual Victimization of Adolescents», в сб. *Rape and Sexual Assault: A Research Handbook* / Под. ред. Ann. W. Burgess (New York: Garland, 1985); стр. 123—138: S. S. Ageton, «Vulnerability to Sexual Assault», в сб. *Rape and Sexual Assault*. Т. 2 / Под. ред. Ann. W. Burgess (New York: Garland, 1988). С. 221—244.
45. D. E. H. Russell, *Sexual Exploitation* (Beverly Hills, CA: Sage, 1984).
46. B. L. Green, J. P. Wilson, and J. D. Lindy, «Conceptualizing Post-Traumatic Stress Disorder: A Psychological Framework» // В сб. / Под ред. Figley, *Trauma and Its Wake*.
47. R. B. Flannery, «Social Support and Psychological Trauma: A Methodological Review», *Journal of Traumatic Stress* 3 (1990). С. 593—611.
48. Беседа с Г. Шпигелем, 14 мая 1990 г.

49. Russel, *Sexual Exploitation*.
50. New York Radical Feminist Speakout on Rape, 1971. Цит. по кн. S. Brown-miller, *Against Our Will: Men, Women, and Rape* (New York: Simon & Schuster, 1975). С. 364.
51. Burgess and Holmstrom, «Adaptive Strategies».
52. D. G. Kilpatrick, L. J. Veronen, and C. L. Best, «Factors Predicting Psychological Distress Among Rape Victims» // В сб. под ред. Figley, *Trauma and Its Wake*.
53. Norman, *These Good Men*. С. 5.
54. Card, *Lives After Vietnam*.
55. Kulka et al. NVVRS.
56. J. S. Frye and R. A. Stockton, «Stress Disorder in Vietnam Veterans», *American Journal of Psychiatry* 139 (1982). С. 52—56.
57. T. M. Keane, S. W. Owen, G. A. Charoya et al. «Social Support in Vietnam Veterans with PTSD: A Comparative Analysis», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53 (1985). С. 95—102.
58. S. Haley, «The Vietnam Veteran and His Pre-School Child: Child-Rearing as a Delayed Stress in Combat Veterans», *Journal of Contemporary Psychotherapy* 41 (1983). С. 114—121.
59. T. S. Foley, «Family Response to Rape and Sexual Assault» // В сб. *Rape and Sexual Assault: A Research Handbook*, ред. A. Burgess. С. 159—188; C. Ericson, «Rape and the Family» // В сб. *Treating Stress in Families* / Под. ред. C. Figley (New York: Brunner/Mazel, 1990). С. 257—289.
60. Цит. по фильму «If I can survive this..», (Cambridge, MA, Boston Area Rape Crisis Center, 1985). Видеозапись.
61. C. C. Nadelson, M. T. Norman, H. Jackson et al. «A Follow-up Study of Rape Victims», *American Journal of Psychiatry* 139 (1982). С. 1266—1270; J. V. Becker, L. J. Skinner, G. G. Abel et al. «Time-Limited Therapy with Sexually Dysfunctional Sexually Assaulted Women», *Journal of Social Work and Human Sexuality* 3 (1984). С. 97—115.
62. Цит. по кн.: R. Warshaw, *I Never Called it Rape*. С. 76.
63. Т. О'Брайен. Что они несли с собой. М.: АСТ, 2018.
64. Grinker and Spiegel, *Men Under Stress*; A. Schuetz, «The Homecomer», *American Journal of Sociology* 50 (1944—1945). С. 369—376; Lifton, *Home from War*; C. Figley and S. Levantman (ред.), *Strangers at Home: Vietnam Veterans Since the War* (New York: Praeger, 1980).
65. М. Р. Koss, «Hidden Rape: Sexual Aggression and Victimization in a National Sample of Students of Higher Education» // В сб. *Rape and Sexual Assault*. Т. 2 / Под. ред. Ann. W. Burgess (New York: Garland, 1988). С. 3—26. Из всех участниц исследования, которые сообщили о случае насильственного соития, соответствующем правовому определению изнасилования, только 27% описали это переживание как «определенно изнасилование».

66. Эта основная трудность с определением отражена в заглавиях многих недавних работ об изнасиловании, например: S. Estrich, *Real Rape* (Cambridge: Harvard University Press, 1987); Koss, *Hidden Rape*; и Warshaw, *I Never Called It Rape*.
67. S. Estrich, *Real Rape*; C. MacKinnon, «Feminism, Marxism, Method and the State: Toward Feminist Jurisprudence», *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 8 (1983). С. 635—658.
68. New York Radical Feminist Speakout on Rape, 1971. Цит. по кн.: *Rape: The First Sourcebook for Women* / Под. ред. N. Connell and C. Wilson. С. 51.
69. «If I can survive this...», (Cambridge, MA, Boston Area Rape Crisis Center, 1985). Видеозапись.
70. Hendin and Haas, *Wounds of War*. С. 44—45.
71. Bart and O'Brien, *Stopping Rape*; Becker et al. «Time-Limited Therapy».
72. Bart and O'Brien, *Stopping Rape*; Warshaw, *I Never Called It Rape*; A. Medea and K. Thompson, *Against Rape: A Survival Manual for Women* (New York: Farrar, Straus & Giroux, 1974).
73. Nadelson et al. «Study of Rape Victims»,
74. Lifton, «The Concept of the Survivor». С. 124.
75. C. Shatan, «The Grief of Soldiers: Vietnam Combat Veterans' Self-Help Movement», *American Journal of Orthopsychiatry* 43 (1973). С. 640—653.
76. Grinker and Spiegel, *Men Under Stress*; Figley and Levantman, *Strangers at Home*.
77. D. Lessing, «My Father» // *A Small Personal Voice* (New York: Random House, 1975).
78. Т. О'Брайен. Что они несли с собой. М.: АСТ, 2018.
79. Lifton, *Home from War*; Figley and Levantman, *Strangers at Home*.
80. Беседа с К. Смитом, 1991 г.
81. MacKinnon, *Feminism, Marxism, Method*. С. 651.
82. Estrich, *Real Rape*; MacKinnon, *Feminism, Marxism, Method*.
83. MacKinnon, *Feminism, Marxism, Method*; Estrich, *Real Rape*; Brownmiller, *Against Our Will*; Bart and O'Brien, *Stopping Rape*; Connell and Wilson (ред.), *Rape: The First Sourcebook for Women* (New York: New American Library, 1974).
84. Russell, *Sexual Exploitation*. Данные Косс (1987) подтверждают эти открытия: по данным ее масштабного опроса по теме виктимизации студенток колледжей, в полицию было заявлено только о 8% изнасилований.
85. Burgess and Holmstrom, «Adaptive Strategies»,
86. Estrich, *Real Rape*. С. 3.

Глава 4

1. G. L. Borovsky and D. J. Brand, «Personality Organization and Psychological Functioning of the Nuremberg War Criminals» // В сб. *Survivors, Victims and Perpetrators* / Под. ред. J. E. Dimsdale (New York Hemisphere, 1980). С. 359—403; J. Steiner, «The SS Yesterday and Today: Sociopsychological

- View» // В сб. *Survivors, Victims and Perpetrators*. С. 405—456: J. L. Herman, «Considering Sex Offenders: A Model of Addiction», *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 13 (1988); стр. 695—724.
2. Арендт Х. Банальность зла. Эйхман в Иерусалиме. Европа, 2008.
3. Оруэлл, Дж. 1984. АСТ, 2016.
4. A. Dworkin, *Pornography: Men Possessing Women* (New York: Perigee, 1981); С. MacKinnon, *Feminism Unmodified*, pt.3: *Pornography* (Cambridge: Harvard University Press, 1987).
5. Amnesty International, *Report on Torture* (New York: Farrar, Straus & Giroux, 1973). Этот доклад ссылается, в частности, на работу Альфреда Бидермана, который изучал воздействие промывания мозгов на американских военнопленных. См.: A. D. Biderman, «Communist Attempts to Elicit False Confessions from Air Force Prisoners of War», *Bulletin of New York Academy of Medicine* 33 (1975); стр. 616—625. См. также: I. E. Farber, H. F. Harlow, and L. J. West, «Brainwashing, Conditioning, and DDD (Debility, Dependency, and Dread)», *Sociometry* 223 (1957). С. 120—147.
6. K. Barry, «Did I Really have a Chance: Patriarchal Judgment of Patricia Hearst», *Chrysalis* 1 (1977). С. 7—17: K. Barry, C. Bunch, and S. Castley (ред.), *Networking Against Female Sexual Slavery* (New York: United Nations, International Women's Tribune Centre, 1984).
7. L. Walker, *The Battered Woman* (New York: Harper & Row, 1979). С. 76.
8. Ратушинская И. Серый — цвет надежды. Музей истории ГУЛАГа, 2018.
9. D. E. H. Russell, *Rape in Marriage* (New York: Macmillan, 1982). С. 123.
10. P. C. Hearst and A. Moscow, *Every Secret Thing* (New York: Doubleday, 1982). С. 85.
11. J. E. Dimsdale, «The Coping Behavior of Nazi Concentration Camp Survivors», в *Survivors, Victims, and Perpetrators* / Под. ред. J. E. Dimsdale. С. 163—174.
12. Щаранский Н. *Не убоюсь зла*. М.: ВЕК: ОЛИМП, 1991.
13. Walker, *The Battered Woman*.
14. Цит. по ст.: L. Kelly, «How Women Define Their Experiences of Violence» // В кн. K. Yllo and M. Bograd, *Feminist Perspectives on Wife Abuse* (Beverly Hills, CA: Sage, 1988). С. 114—132, цит. с. 127.
15. R. E. Dobash and R. Dobash, *Violence Against Wives: A Case Against the Patriarchy* (New York: Free Press, 1979). С. 84.
16. L. Lovelace and M. McGrady, *Ordeal* (Secaucus, NJ: Citadel, 1980). С. 30.
17. Hearst and Moscow, *Every Secret Thing*. С. 178—179.
18. Щаранский Н. *Не убоюсь зла*. М.: ВЕК: ОЛИМП, 1991.
19. M. Symonds, «Victim Responses to Terror: Understanding and Treatment» // В сб. *Victims of Terrorism* / Под ред. F. M. Ochberg and D. A. Soskis (Boulder, CO: Westview, 1982). С. 95—103; T. Strentz, «The Stockholm Syndrome: Law Enforcement Policy and Hostage Behavior» // В сб. *Victims of Terrorism* / Под ред. Ochberg and Soskis. С. 149—163.

20. D. L. Graham, E. Rawlings, and N. Rimini, «Survivors of Terror: Battered Women, Hostages, and the Stockholm Syndrome» // В кн. K. Yllo and M. Bograd, *Feminist Perspectives*. С. 217—233; D. Dutton and S. L. Painter, «Traumatic Bonding: The Development of Emotional Attachments in Battered Women and Other Relationships of Intermittent Abuse», *Victimology* 6 (1981). С. 139—155.
21. D. A. Halperin, «Group Processes in Cult Affiliation and Recruitment», в сб. *Psychodynamic Perspectives on Religion, Sect, and Cult* / Под ред. D. A. Halperin (Boston: John Wright, 1983).
22. M. J. Strube, «The Decision to Leave an Abusive Relationship» // В сб. G. T. Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick et al. (ред.), *Coping with Family Violence: Research and Policy Perspectives* (Beverly Hills, CA: Sage, 1988). С. 93—106.
23. Walker, *The Battered Woman*.
24. L. H. Bowker, M. Arbitel, and J. R. McFerron, «On the Relationship Between Wife-Beating and Child Abuse» // В кн. K. Yllo and Bograd, *Feminist Perspectives*. С. 158—174.
25. E. Wiesel, *Night* / Пер. S. Rodway (New York: Hill and Wang, 1960). С. 61.
26. H. Krystal, «Trauma and Affects», *Psychoanalytic Study of the Child* 33 (1978). С. 81—116.
27. Lovelace and McGrady, *Ordeal*. С. 70.
28. J. Timmerman, *Prisoner Without a Name: Cell Without a Number* / Пер. T. Talbot (New York: Vintage, 1988). С. 34—35.
29. Там же. С. 90—91.
30. Леви П. *Человек ли это?* Текст, 2011.
31. Hearst and Moscow, *Every Secret Thing*. С. 75—76.
32. E. Hilberman, «The 'Wife-Beater's Wife' Reconsidered», *American Journal of Psychiatry* 137 (1980). С. 1336—1347, цит. с. 1341.
33. K. D. Hoppe, «Resomatization of Affects in Survivors of Persecution», *International Journal of Psycho-Analysis* 49 (1968). С. 324—326; H. Krystal and W. Niederland, «Clinical Observations on the Survivor Syndrome» // В сб. *Massive Psychic Trauma* / Под. ред. H. Krystal (New York: International Universities Press, 1968). С. 327—348; W. De Loos, «Psychosomatic Manifestations of Chronic PTSD», в *Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment* / Под. ред. M. E. Wolf and A. D. Mosnaim (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990). С. 94—105.
34. J. Kroll, M. Habenicht, T. Mackenzie et al. «Depression and Posttraumatic Stress Disorder in Southeast Asian Refugees», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 1592—1597.
35. G. Goldstein, V. van Kammen, C. Shelly et al. «Survivors of Imprisonment in the Pacific Theater During World War II», *American Journal of Psychiatry* 144 (1987). С. 1210—1213. J. C. Kluznik, N. Speed, C. Van Valkenburg et al. «Forty Years Follow Up of United States Prisoners of War», *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 1443—1446.

36. P. B. Sutker, D. K. Winsted, Z. H. Galina et al. «Cognitive Deficit and Psychopathology Among Former Prisoners of War and Combat Veterans of the Korean Conflict», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991). С. 67—72.
37. W. W. Eaton, J. J. Sigal, and M. Weinfeld, «Impairment in Holocaust Survivors After 33 Years: Data from an Unbiased Community Sample», *American Journal of Psychiatry* 139 (1982). С. 773—777.
38. Оруэлл, Дж., 1984, АСТ, 2016
39. A. Partnoy, *The Little School: Tales of Disappearance and Survival in Argentina* (San Francisco: Cleis Press, 1986). С. 49.
40. Там же. С. 71.
41. Цит. по кн. D. E. H Russell, *Lives of Courage: Women for a New South Africa* (New York: Basic Books, 1989). С. 40—41.
42. Леви П. *Человек ли это?* Текст, 2011
43. C. C. Tennant, K. J. Gouldston, and O. F. Dent, «The Psychological Effects of Being a Prisoner of War: Forty Years after Release», *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 618—622; Kluznik et al. «U.S. Prisoners of War»,
44. Krystal, *Massive Psychic Trauma*; J. D. Kinzie, R. H. Fredrickson, R. Ben et al. «PTSD Among Survivors of Cambodian Concentration Camps», *American Journal of Psychiatry* 141 (1984). С. 645—650.
45. R. Jaffe, «Dissociative Phenomena in Former Concentration Camp Inmates», *International Journal of Psycho-Analysis* 49 (1968). С. 310—312.
46. Цит по ст. L. Weschler, «The Great Exception: Part I; Liberty», *New Yorker*, 3 апреля 1989. С. 43—85, цит. с. 81—82.
47. R. Flannery and M. Harvey, «Psychological Trauma and Learned Helplessness: Seligman's Paradigm Reconsidered», *Psychotherapy* 28 (1991). С. 374—378.
48. Цит. по ст. Weschler, «The Great Exception». С. 82.
49. E. Luchterland, «Social Behavior of Concentration Camp Prisoners: Continuities and Discontinuities with Pre- and Post-Camp Life» // *Survivors, Victims, and Perpetrators* / Под. ред. J. E. Dimsdale. С. 259—282. Другие рассказы о паре как единице выживания можно найти в статье Dimsdale «The Coping Behavior of Nazi Concentration Camp Survivors», в *Survivors, Victims, and Perpetrators* / Под. ред. J. E. Dimsdale. С. 163—174. См. также Леви. *Человек ли это?* Wiesel, *Night*.
50. Symonds, «Victim Responses». С. 99.
51. Dutton and Painter, «Traumatic Bonding»,
52. R. J. Lifton, «Cults: Religious Totalism and Civil Liberties» // В кн. R. J. Lifton, *The Future of Immortality and Other Essays for a Nuclear Age* (New York: Basic Books, 1987). С. 209—219.
53. Lovelace and McGrady, *Ordeal*. С. 134.
54. Timerman, *Prisoner Without a Name*. С. 141.
55. W. G. Niederland, «Clinical Observations on the Survivor Syndrome», *International Journal of Psycho-Analysis* 49 (1968). С. 313—315.
56. Wiesel, *Night*. С. 43—44.

57. Walker, *The Battered Woman*; Hilberman, «The 'Wife-Beater's Wife' Reconsidered»; Krystal, *Massive Psychic Trauma*; Tennant et al. «The Psychological Effects of Being a Prisoner of War»; Goldstein et al. «Survivors of Imprisonment»; Kinzie et al. «PTSD Among Survivors of Cambodian Concentration Camps»,
58. Niederland, «Survivor Syndrome». С. 313.
59. J. Segal, E. J. Hunter, and Z. Segal, «Universal Consequences of Captivity; Stress Reactions among Divergent Populations of Prisoners of War and Their Families», *International Journal of Social Science* 28 (1976). С. 593—609.
60. J. J. Gayford, «Wife-Battering: A Preliminary Survey of 100 Cases», *British Medical Journal* 1 (1975). С. 194—197.
61. Леви П. *Человек ли это?* Текст, 2011.

Глава 5

1. М. Bonaparte, A Freud, and E. Kris (ред.), *The Origins of Psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess, Drafts and Notes: 1887—1902, by Sigmund Freud* / Пер. Е. Mosbacher and J. Strachey (New York: Basic Books, 1954). С. 187—188.
2. S. Fraser, *My Father's House: A Memoir of Incest and of Healing* (New York: Harper & Row, 1987). С. 222—223.
3. Беседа с Карен. С. 1986.
4. Беседа с Тани. С. 1986.
5. Беседа с Джинджер, 1988.
6. Беседа с Арчибальдом. 1986.
7. Беседа с Медоу, 1986.
8. R. Kluft, «Childhood Multiple Personality Disorder: Predictors, Clinical Findings, and Treatment Results» // В сб. *Childhood Antecedents of Multiple Personality Disorder* / Под. ред. R. Kluft (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1985). С. 167—196).
9. C. Ounsted, «Biographical Science: An Essay on Developmental Medicine», в *Psychiatric Aspects of Medical Practice* / Под. ред. B. Mandelborte and M. C. Gelder (London: Staples Press, 1972).
10. Беседа с Тани, 1986.
11. J. L. Herman, J. C. Perry, and B. A. van der Kolk, «Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 490—495; B. Sanders, G. McRoberts, and C. Tollefson, «Childhood Stress and Dissociation in a College Population», *Dissociation* 2(1989). С. 17—23; J. A. Chu and D. L. Dill, «Dissociative Symptoms in Relation to Childhood Physical and Sexual Abuse», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990). С. 887—892; B. Sanders and M. Giolas, «Dissociation and Childhood Trauma in Psychologically Disturbed Adolescents», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991). С. 50—54.
12. Беседа с Сарой Джейн, 1986.

13. Беседа с Надин, 1986.
14. Kluft, *Childhood Antecedents*; E. Bliss, *Multiple Personality, Allied Disorders, and Hypnosis* (New York: Oxford University Press, 1986); F. Putnam, *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder* (New York: Guilford Press, 1989).
15. Fraser, *My Father's House*. С. 220—221.
16. Беседа с Конни, 1986.
17. Terr, *Too Scared to Cry* (New York: HarperCollins 1990); K. A. Dodge, J. E. Bates, and G. S. Pettit, «Mechanisms in the Cycle of Violence», *Science* 250 (1990). С. 1678—1683.
18. A. W. Burgess, C. R. Hartman, M. P. McCausland et al. «Response Patterns in Children and Adolescent Exploited Through Sex Rings and Pornography», *American Journal of Psychiatry* 141 (1984). С. 656—662.
19. Беседа с Надин, 1986.
20. J. L. Herman, *Father-Daughter Incest* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981). См. также: обсуждение «людей-крыс» в кн.: L. Shengold, *Soul Murder: The Effects of Childhood Abuse and Deprivation* (New Haven: Yale University Press, 1989).
21. Беседа с Джоанной, 1982.
22. E. Hill, *The Family Secret: A Personal Account of Incest* (Santa Barbara, CA: Capra Press, 1985). С. 11.
23. Там же.
24. S. Ferenczi, «Confusion of Tongues Between Adults and the Child: The Language of Tenderness and of Passion», [1932] в *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis* (New York: Basic Books, 1955). С. 155—167.
25. Shengold, *Soul Murder*. С. 26.
26. P. P. Rieker and E. Carmen (Hilberman), «The Victim-to Patient Process: The Disconfirmation and Transformation of Abuse», *American Journal of Orthopsychiatry* 56 (1986). С. 360—370.
27. R. Loewenstein, «Somatoform Disorders in Victims of Incest and Child Abuse» // В сб. *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology* / Под. ред. R. Kluft (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1990) стр. 75—112; M. A. Demitrack, F. W. Putnam, T. D. Brewerton et al. «Relation of Clinical Variables to Dissociative Phenomena in Eating Disorders», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990). С. 1184—1188.
28. Беседа с Медоу, 1986.
29. A. Browne and D Finkelhor, «Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research», *Psychological Bulletin* 99 (1986). С. 66—77.
30. G. Adler, *Borderline Psychopathology and Its Treatment* (New York: Jason Aronson, 1985).
31. Hill, *The Family Secret*. С. 229.
32. B. A. van der Kolk, J. C. Perry, and J. L. Herman, «Childhood Origins of Self-Destructing Behavior», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991). С. 1665—1671.

33. Беседа с Сарой Джейн, 1986. Сходные рассказы о субъективном опыте самоповреждения можно найти в статье Mary de Young, «Self-Injurious Behavior in Incest Victims: A Research Note», *Child Welfare* 61 (1982). С. 577—584; и в статье E. Leibenluft, D. L. Gardner, and R. W. Cowdry, «The Inner Experience of the Borderline Self-Mutilator», *Journal of Personality Disorders* 1 (1987). С. 317—324.
34. Van der Kolk et al. «Childhood Origins of Self-Destructing Behavior»,
35. R. Rhodes, *A Hole in the World: An American Boyhood* (New York: Simon & Schuster, 1990). С. 267.
36. D. E. H. Russell, *The Secret Trauma* (New York: Basic Books, 1986).
37. Беседа с Джоуни, 1987.
38. Беседа с Джо, 1987.
39. Беседа с Джинджер, 1988.
40. Беседа с Тани, 1986.
41. Herman et al. «Childhood Trauma»,
42. G. R. Brown and B. Anderson, «Psychiatric Morbidity in Adult Inpatients with Childhood Histories of Sexual and Physical Abuse», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991). С. 55—61.
43. E. H. Carmen, P. P. Ricker, and T. Mills, «Victims of Violence and Psychiatric Illness», *American Journal of Psychiatry* 141 (1984). С. 378—383.
44. V. E. Pollack, J. Briere, and L. Schneider et al. «Childhood Antecedents of Antisocial Behavior: Parental Alcoholism and Physical Abusiveness», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990). С. 1290—1293.
45. Burgess et al. «Response Patterns in Children»,
46. Беседа с Джекс, 1986.
47. J. Kaufman and E. Zigler, «Do Abused Children Become Abusive Parents?» *American Journal of Orthopsychiatry* 57 (1987). С. 186—192.
48. P. M. Coons, «Children of Parents with Multiple Personality Disorder» // В сб. под ред. R. P. Kluft, *Childhood Antecedents*. С. 151—166, цит. с. 161.
49. Fraser, *My Father's House*. С. 211—212.

Глава 6

1. A. D. Biderman and H. Zimmer (ред.), *The Manipulation of Human Behavior* (New York: John Wiley, 1961). С. 1—18.
2. P. C. Hearst and A. Moscow, *Every Secret Thing* (New York: Doubleday, 1982).
3. Обзор о практике обвинения жертвы в случаях домашних избиений см. L. Wardell, D. L. Gillespie, and A. Leffer, «Science and Violence Against Wives», в *The Dark Side of Families: Current Family Violence Research*, ред. D. Finkelhof, R. Gelles, G. Hotaling et al. (Beverly Hills, CA: Sage, 1983). С. 69—84.

4. L. Dawidovitz, *The War Against the Jews* (London: Weidenfeld and Nicolson, 1975).
5. Biderman and Zimmer (ред.), *The Manipulation of Human Behavior*; F. Ochberg and D. A. Soskis, *Victims of Terrorism* (Boulder, CO: Westview, 1982).
6. G. T. Hotaling and D.G. Sugarman, «An Analysis of Risk Markers in Husband-to Wife Violence: The Current State of Knowledge», *Violence and Victims* 1 (1986). С. 101—124.
7. Там же. С. 120.
8. J. E. Snell, R. J. Rosenwald, and A. Robey, «The Wife-Beater's Wife», *Archives of General Psychiatry* 11 (1964): стр 107—112.
9. D. Kurz. And E. Stark, «Not-So-Benign Neglect: The Medical Response to Battering» // В кн. K. Yllo and M. Bograd, *Feminist Perspectives on Wife Abuse* (Beverly Hills, CA: Sage, 1988). С. 249—268.
10. Критический обзор неверного применения представлений о мазохизме см. в кн.: P. J. Caplan, *The Myth of Women's Masochism* (New York: Dutton, 1985). Не так давно Каплан написала критическую работу о «самоповреждающем» расстройстве личности (неопубликованная работа, Department of Applied Psychology, Ontario Institute for Studies in Education, 1989).
11. Заседание временного комитета Совета попечителей Ассамблеи окружных отделений Американской психиатрической ассоциации для рассмотрения чернового варианта DSM-III-R, Washington, D. C., 4 декабря 1985 г.
12. D. Coleman, «New Psychiatric Syndromes Spur Protests», *New York Times*, 19 ноября 1985, С9; «Battling over Masochism», *Time*, 2 декабря 1985, 76; «Ideas and Trends: Psychiatrist versus Feminists», *New York Time*, 6 июля 1986, С5.
13. L. C. Kolb, письмо редактору, *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 811—112.
14. H. Krystal (ред.), *Massive Psychic Trauma* (New York: International Universities Press, 1968). С. 221.
15. Там же. С. 314.
16. J. Kroll, M. Habenicht, T. Mackenzie et al. «Depression and Posttraumatic Stress Disorder in Southeast Asian Refugees», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 1592—1597.
17. M. Horowitz, *Stress Response Syndromes* (Northvale, NJ: Jason Aronson, 1986). С. 49.
18. D. Brown and E. Fromm, *Hypnotherapy and Hypnoanalysis* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1986).
19. L. C. Terr, «Childhood Traumas: An Outline and Overview», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991). С. 10—20.
20. J. Goodwin, «Applying to Adult Incest Victims What We Have Learned from Victimized Children» // В сб. *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology* / Под. ред. R. Kluff (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1990), стр 55—74.

21. J. L. Herman, D. E. H. Russell, and K. Trocki, «Long-Term Effects of Incestuous Abuse in Childhood», *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 1293—1296.
22. N. Draijer, *The Role of Sexual and Physical Abuse in the Etiology of Women's Mental Disorders: The Dutch Survey on Sexual Abuse of Girls By Family Members* (неопубликованная работа, Амстердамский университет, 1989).
23. A. Jacobson and B. Richardson, «Assault Experience of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry», *American Journal of Psychiatry* 144 (1987). С. 908—913; J. B. Bryer, B. A. Nelson, J. B. Miller, and P. A. Krol, «Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness», *American Journal of Psychiatry* 144 (1987). С. 1426—1430; A. Jacobson, «Physical and Sexual Assault Histories Among Psychiatric Outpatients», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 755—758; J. Briere and M. Runtz, «Post Sexual Abuse Trauma: Data and Implications for Clinical Practice», *Journal of Interpersonal Violence* 2 (1987). С. 367—379.
24. J. Briere and L. Y. Zaidi, «Sexual Abuse Histories and Sequelae in Female Psychiatric Emergency Room Patients», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 1602—1606.
25. Обзор эмпирических исследований долгосрочных последствий сексуального насилия в детстве см. в работе A. Browne and D. Finkelhor, «Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research», *Psychological Bulletin* 99 (1986). С. 66—77. Обзор этой литературы также есть в работах С. Courtois, *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy* (New York: Norton, 1988); и J. Briere, *Therapy for Adults Molested as Children: Beyond Survival* (New York: Springer, 1989).
26. Bryer et al. «Childhood Sexual and Physical Abuse»,
27. J. Briere, «Long-Term Clinical Correlations of Childhood Sexual Victimization», *Annals of the New York Academy of Sciences* 528 (1988). С. 327—334.
28. D. Gelinas, «The Persistent Negative Effects of Incest», *Psychiatry* 46 (1983). С. 312—332.
29. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3-я ред. (DSM-III) (Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1980). С. 241.
30. A. Lazarus, письмо редактору, *American Journal of Psychiatry* 147 (1990). С. 1390.
31. I. Yalom, *Love's Executioner and Other Tales of Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1989).
32. H. Ornstein, «Briquet's Syndrome in Association with Depression and Panic: A Reconceptualization of Briquet's Syndrome», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 334—338; B. Liskow, E. Othmer, E. C. Penick et al. «Is Briquet's Syndrome a Heterogenous Disorder?» *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 626—630.

33. S. O. Lilienfeld et al. «Relationship of Histrionic Personality Disorder to Antisocial and Somatization Disorders», *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 781—22.
34. H. S. Akiskal, S. E. Chen, G. C. Davis et al. «Borderline: An Adjective in Search of a Noun», *Journal of Clinical Psychiatry* 46 (1985). С. 41—48; M. R. Fyer, A. J. Frances, T. Sullivan et al. «Comorbidity of Borderline Personality Disorder», *Archives of General Psychiatry* 45 (1988). С. 348—352.
35. F. Putnam, *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder* (New York: Guilford Press, 1989); C. A. Ross, S. D. Miller, P. Reagor et al. «Structured Interview Data on 102 Cases of Multiple Personality Disorder from Four Centers», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990). С. 596—601.
36. R. P. Horevitz and B. G. Braun, «Are Multiple Personalities Borderline?» *Psychiatric Clinics of North America* 7 (1984). С. 69—87.
37. F. W. Putnam, J. J. Guroff, E. K. Silberman et al. «The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: Review of 100 Recent Cases», *Journal of Clinical Psychiatry* 47 (1986). С. 285—293.
38. R. P. Kluff, «First-Rank Symptoms as a Diagnostic Clue to Multiple Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 144 (1987). С. 293—298.
39. J. L. Herman, J. C. Perry, and B. A. van der Kolk, «Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 490—495.
40. E. L. Bliss, «Hysteria and Hypnosis», *Journal of Nervous and Mental Disease* 172 (1984). С. 203—206; T. E. Othmer and C. DeSousa, «A Screening Test for Somatization Disorder (Hysteria)», *American Journal of Psychiatry* 142 (1985). С. 1146—1149.
41. F. T. Melges and M. S. Swartz, «Oscillations of Attachment in Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 1115—1120.
42. M. Zanarini, J. Gunderson, F. Frankenburg et al. «Discriminating Borderline Personality Disorder from Other Axis II Disorders», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990). С. 161—167.
43. J. Gunderson, *Borderline Personality Disorder* (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1984). С. 40.
44. G. Adler, *Borderline Psychopathology and Its Treatment* (New York: Jason Aronson, 1985). С. 4.
45. R. P. Kluff, «Incest and Subsequent Revictimization: The Case of Therapist-Patient Sexual Exploitation, with a Description of the Sitting Duck Syndrome» // В сб. *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, ред. R. Kluff (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1990). С. 263—288.
46. Всеобъемлющий обзор литературы о соматизированном расстройстве см. в работе R. J. Loewenstein, «Somatoform Disorders in Victims of Incest and Child Abuse» // В сб. *Incest-Related Syndromes* (ред. Kluff). С. 75—112.

47. E. L. Bliss, *Multiple Personality, Allied Disorders, and Hypnosis* (New York: Oxford University Press, 1986); F. Putnam, *Diagnosis and Treatment*.
48. O. Kernberg, «Borderline Personality Organization», *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15 (1967). С. 641—685.
49. Kluft, *Childhood Antecedents*; Putnam et al. «Clinical Phenomenology»; Bliss, *Multiple Personality*; Ross, Miller, Reagor et al. «Structured Interview Data»,
50. Putnam et al. «Clinical Phenomenology»,
51. Herman et al. «Childhood Trauma»,
52. Briere and Zaidi, «Sexual Abuse Histories»; M. C. Zanarini, J. G. Gunderson, M. F. Marino et al. «Childhood Experiences of Borderline Patients», *Comprehensive Psychiatry* 30 (1989). С. 18—25; D. Westen, P. Ludolph, B. Mistle et al. «Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder», *American Journal of Orthopsychiatry* 60 (1990). С. 55—66; S. N. Ogata, K. R. Silk, S. Goodrich et al. «Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* (1990); стр. 1008—1013; G. R. Brown and B. Anderson, «Psychiatric Morbidity in Adult Inpatients with Childhood Histories of Sexual and Physical Abuse», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991). С. 55—61.
53. F. M. Mai and Merskey, «Briquet's Treatise on Hysteria: Synopsis and Commentary», *Archives of General Psychiatry* 37 (1980). С. 1401—1405, цит. с. 1402.
54. J. Morrison, «Childhood Sexual Histories of Women with Somatization Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146 (1989). С. 239—241.
55. Барбара, из личного сообщения, 1989 г.
56. Беседа с Тани, 1986.
57. Хоуп, А *Поет for My Family*, из личного сообщения, 1981 г.

Глава 7

1. E. Erikson, *Childhood and Society*, 2-е изд. (New York: Norton, 1963).
2. Беседа с Тани, 1986.
3. A. Kardiner, and H. Spiegel, *War, Stress, and Neurotic Illness* (в новой ред. *The Traumatic Neuroses of War*) (New York: Hoeber, 1947). С. 361—362.
4. M. Symonds, «Victim Responses to Terror: Understanding and Treatment» // В сб. *Victims of Terrorism* / Под ред. F. M. Ochberg and D. A. Soskis (Boulder, CO: Westview, 1982). С. 95—103.
5. E. Stark and A. Flitcraft, «Personal Power and Institutional Victimization: Treating the Dual Trauma of Woman Battering», в *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence* / Под. ред. F. Ochberg (New York: Brunner/Mazel, 1988). С. 115—151, цит. с. 140—141.

6. R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank et al. *Trauma and the Vietnam War Generation* (New York: Brunner/Mazel, 1990).
7. Y. Danieli, «Psychotherapists' Participation in the Conspiracy of Silence about the Holocaust», *Psychoanalytic Psychology* 1 (1984). С. 23—42 цит. с. 36.
8. Kardiner and Spiegel, *War, Stress*. С. 390.
9. O. Kernberg, *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies* (New Haven: Yale University Press, 1984). С. 119.
10. Там же. С. 114.
11. E. Lister, «Forced Silence: A Neglected Dimension of Trauma», *American Journal of Psychiatry* 139 (1982). С. 872—876.
12. R. J. Waldinger and J. G. Gunderson, *Effective Psychotherapy with Borderline Patients: Case Studies* (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1987), случай Марты. С. 34—35.
13. Т. О'Брайен. Что они несли с собой. М.: АСТ, 2018.
14. J. A. Chu, «Ten Traps for Therapists in the Treatment of Trauma Survivors», *Dissociation* 1 (1988). С. 24—32.
15. H. Hendin and A. P. Haas, *Wounds of War: The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam* (New York: Basic Books, 1984).
16. D. S. Rose, «'Worse than death': Psychodynamic of Rape Victims and the Need for Psychotherapy», *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 817—824.
17. O. Kernberg, M. A. Selzer, H. Koenigsberg, A. C. Carr et al. *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients* (New York: Basic Books, 1989). С. 75.
18. E. Tanay, «Psychotherapy with Survivors of Nazi Persecution» // В сб. *Massive Psychic Trauma* / Под. ред. Н. Krystal (New York: International Universities Press, 1068). С. 225.
19. F. Putnam, *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder* (New York: Guilford Press, 1989). С. 178—179.
20. Waldinger and Gunderson, *Effective Psychotherapy*, случай Дженнифер. С. 128.
21. Putnam, *Multiple Personality Disorder*.
22. I. L. McCann and L. A. Pearlman, «Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims», *Journal of Traumatic Stress* 3 (1990). С. 131—150.
23. Danieli, «Psychotherapists' Participation in the Conspiracy of Silence»,
24. Y. Fischman, «Interacting with Trauma: Clinicians' Responses to Treating Psychological Aftereffects of Political Repression», *American Journal of Orthopsychiatry* 61 (1991). С. 179—185.
25. Putnam, *Multiple Personality Disorder*.
26. L. Comas-Diaz and A. Padilla, «Countertransference in Working with Victims of Political Repression», *American Journal of Orthopsychiatry* 60 (1990). С. 125—134.
27. Krystal, *Massive Psychic Trauma*. С. 142.

28. J. T. Maltzberger and D. H. Buie, «Countertransference: Hate in the Treatment of Suicidal Patients», *Archives of General Psychiatry* 30 (1974). С. 625—633, цит. с. 627.
29. L. Shengold, *Soul Murder: The Effects of Childhood Abuse and Deprivation* (New Haven: Yale University Press, 1989). С. 290.
30. Danieli, «Psychotherapists' Participation in the Conspiracy of Silence»,
31. R. Mollica, «The Trauma Story: Psychiatric Care of Refugee Survivors of Violence and Torture» // В сб. *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence* / Под ред. F. Ochberg (New York: Brunner/Mazel, 1988). С. 295—314, цит. с. 300.
32. S. Haley, «When the Patient Reports Atrocities. Special Treatment Considerations of the Vietnam Veteran», *Archives of General Psychiatry* 30 (1974). С. 191—196, цит. с. 194.
33. R. S. Shrum, *The Psychotherapy of Adult Women with Incest Histories: Therapists' Affective Responses* (Ph.D. diss., University of Massachusetts, 1989).
34. Krystal, *Massive Psychic Trauma*. С. 140—141.
35. Danieli, «Psychotherapists' Participation in the Conspiracy of Silence»,
36. E. Bliss, *Multiple Personality, Allied Disorders, and Hypnosis* (New York: Oxford University Press, 1986).
37. J. Goodwin, *At the Acropolis: A Disturbance of Memory in a Context of Theoretical Debate* (неопубликованная работа, Department of Psychiatry, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, 1989).
38. H. Searles, «The Countertransference with the Borderline Patient» // В сб. *Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border* / Под ред. М. Stone (New York: New York University Press, 1986). С. 498—526.
39. Waldinger and Gunderson, *Effective Psychotherapy*, случай Дженнифер. С. 114.
40. Kernberg et al. *Psychodynamic Psychotherapy*. С. 103.
41. Беседа с Мелиссой, 1987.
42. Беседа с Дж. Вулф и Т. Кином, 11 января 1991 г.
43. J. A. Chu, «Ten Traps for Therapists»,
44. Kernberg, *Severe Personality Disorders*; Kernberg et al. *Psychodynamic Psychotherapy*.
45. Беседа с П. Зиглер, 1986. См. также: P. Ziegler, *The Recipe for Surviving the First Year with a Borderline Patient* (неопубликованная работа, Department of Psychiatry, Cambridge Hospital, Cambridge, MA, 1985).
46. Энн, письмо редактору, *American Journal of Psychiatry* 147 (1990); стр. 1391.
47. Waldinger and Gunderson, *Effective Psychotherapy*.
48. Danieli, «Psychotherapists' Participation in the Conspiracy of Silence»,
49. См. например, Comas-Diaz and Padilla, «Countertransference»,
50. Goodwin, *At the Acropolis*.

51. D. R. Jones, «Secondary Disaster Victims: The Emotional Effects of Recovering and Identifying Human Remains», *American Journal of Psychiatry* 142 (1985). С. 303—307.
52. McCann and Pearlman, «Vicarious Traumatization»,
53. Comas-Diaz and Padilla, «Countertransference»,
54. Erikson, *Childhood and Society*. С. 169.

Глава 8

1. O. van der Hart, P. Brown, and B. A. van der Kolk, «Pierre Janet's Treatment of Post-Traumatic Stress», *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989). С. 379—395; R. M. Scurfield, «Post-Trauma Stress Assessment and Treatment: Overview and Formulations» // В сб. *Trauma and Its Wake*. Т. 1 / Под. ред. С. Figley (New York: Brunner/Mazel, 1985). С. 219—256; F. Putnam, *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder* (New York: Guilford Press, 1989).
2. D. Brown and E. Fromm, *Hypnotherapy and Hypnoanalysis* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1986); E. R. Parson, «Post-Traumatic Self Disorders: Theoretical and Practical Considerations in Psychotherapy of Vietnam War Veterans» // В сб. *Human Adaptation to Extreme Stress* / Под. ред. J. P. Wilson, Z. Harel, and B. Kahana (New York: Plenum, 1988). С. 245—283; Putnam, *Multiple Personality Disorder*.
3. S. Sgroi, «Stages of Recovery for Adult Survivors of Child Sexual Abuse», в сб. *Vulnerable Populations*. Т. 2 / Под. ред. S. Sgroi (Lexington, MA: D. C. Heath, 1989). С. 11—130.
4. L. S. Schwartz, «A Biopsychosocial Treatment Approach to PTSD», *Journal of Traumatic Stress* 3 (1990). С. 221—238.
5. Putnam, *Multiple Personality Disorder*.
6. R. P. Kluft, «The Natural History of Multiple Personality Disorder» // В сб. *Childhood Antecedents of Multiple Personality Disorder* / Под. ред. R. P. Kluft (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1984). С. 197—238.
7. A. Holen, *A Long-Term Outcome Study of Survivors from a Disaster* (Oslo, Norway: University of Oslo Press, 1990); там же, «Surviving a Man-Made Disaster: Five-Year Follow-Up of an Oil-Rig Collapse» (работа, представленная на семинаре Бостонской учебной группе, март 1988).
8. См., например, дискуссию о первоначальном формулировании последствий инцеста в кн. J. L. Herman, *Father-Daughter Incest* (Cambridge: Harvard University Press, 1981).
9. I. Agger and S. B. Jensen, «Testimony as Ritual and Evidence in Psychotherapy for Political Refugees», *Journal of Traumatic Stress* 3 (1990). С. 115—130, цит. с. 124.

10. Цит. по кн. S. B. Beneke, *Men on Rape* (New York: St, Martin's Press, 1982). С. 137.
11. J. Davidson, S. Roth, and E. Newman, «Fluoxetine in PTSD», *Journal of Traumatic Stress* 4 (1991). С. 419—424; P. J. Markovitz, J. R. Calabrese, S. C. Schulze et al. «Fluoxetine in the Treatment of Borderline and Schizotypal Personality Disorders», *American Journal of Psychiatry* 148 (1991). С. 1064—1067; J. Shay, «Fluoxetine Reduces Explosiveness and Elevates Mood of Vietnam Combat Veterans with PTSD», *Journal of Traumatic Stress* 5 (1992), готовится к выходу; В. А. van der Kolk, предварительные данные контролируемого исследования влияния флуоксетина на ПТСР (Trauma Clinic, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, 1991).
12. Обзор психофармакологии ПТСР см. в работах: М. Friedman, «Biological Approaches to the Diagnosis and Treatment of PTSD», *Journal of Traumatic Stress* 4 (1991). С. 69—72; М. Silver, D. P. Sandberg, and R. E. Hales, «New Approaches in the Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Clinical Psychiatry* 51, supplement (1990). С. 33—38.
13. Исследование роли семьи в реакции на травмирующие события см. в сб.: *Treating Stress in Families* / Под. ред. С. Figley (New York: Brunner/Mazel, 1990).
14. J. Schorer, *It Couldn't Happen to Me: One Woman's Story* (Des Moines, Iowa: Des Moines Register, репринт, 1990). С. 6.
15. D. G. Kilpatrick, L. J. Veronen, and P. A. Resick, «The Aftermath of Rape: Recent Empirical Findings», *American Journal of Orthopsychiatry* 49 (1979). С. 658—669.
16. L. Ledray, *The Impact of Rape and the Relative Efficacy of Guide-to-Goals and Supportive Counseling as Treatment Models for Rape Victims* (докт. дисс., Миннесотский университет, Миннеаполис, 1984).
17. М. P. Koss and M. R. Harvey, *The Rape Victim: Clinical and Community Interventions* (Beverly Hills, CA: Sage, 1991).
18. G. L. Belenky, S. Noy, and Z. Solomon, «Battle Factors, Morale, Leadership, Cohesion, Combat Effectiveness, and Psychiatric Casualties» // В сб. *Contemporary Studies in Combat Psychiatry* / Под. ред. G. L. Belenky (Westport, CT: Greenwood Press, 1987).
19. D. Rose, «'Worse than death': Psychodynamic of Rape Victims and the Need for Psychotherapy», *American Journal of Psychiatry* 143 (1986). С. 817—824; Z. Solomon, *The Never-Ending Battle* (неопубликованная работа, Mental Health Department, Israeli Defense Forces, 1990).
20. J. Gunderson, *Borderline Personality Disorder* (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1984). С. 54.
21. S. Schechter, *Guidelines for Mental Health Practitioners in Domestic Violence Cases* (Washington, D. C.: National Coalition Against Domestic Violence, 1987).

22. Прототипы такой программы см. в работе: D. Adams, «Treatment Models of Men Who Batter» // В кн. K. Yllo and M. Bograd, *Feminist Perspectives on Wife Abuse* (Beverly Hills, CA: Sage, 1988). С. 176—199.
23. E. Schatzow and J. Herman, «Breaking Secrecy: Adult Survivors Disclose to Their Families», *Psychiatric Clinics of North America* 12 (1989). С. 337—349.

Глава 9

1. R. Mollica, «The Trauma Story: Psychiatric Care of Refugee Survivors of Violence and Torture» // В сб. *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence* / Под ред. F. Ochberg (New York: Brunner/Mazel, 1988). С. 295—314.
2. F. Snider, выступление на семинаре Бостонской учебной группы (1986).
3. S. Freud, «Remembering, Repeating, and Working-Through (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis, II)», [1914], в *Standard Edition*. Т. 12 / Пер. с нем. J. Strachey (London: Hogarth Press, 1958). Эта статья также содержит первое упоминание о концепции компульсивного повторения, которую Фрейд впоследствии развил в работе «По ту сторону принципа удовольствия».
4. Y. Danieli, «Treating Survivors and Children of Survivors of the Nazi Holocaust» // В сб. *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence* / Под ред. F. Ochberg. С. 278—294, цит. с. 286.
5. Беседа с Дж. Вулф и Т. Кином, январь 1991 г.
6. L. McCann and L. Pearlman, *Psychological Trauma and the Adult Survivor: Theory, Therapy, and Transformation* (New York: Brunner/Mazel, 1990).
7. Breuer and Freud, «Studies on Hysteria», [1893—1895] в *Standard Edition*. Т. 2 / Пер. с нем. J Strachey (London: Hogarth Press, 1955). С. 6.
8. Эта одновременная ориентация на настоящее и прошлое хорошо описана в работе V. Rozyrko and H. E. Dondershine, «Trauma Focus Group Therapy for Vietnam Veterans with PTSD», *Psychotherapy* 28 (1991). С. 157—161.
9. Термин взят из работы R. Janoff-Bulman, «The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions», в *Trauma and Its Wake* / Под. ред. C. Figley (New York: Brunner/Mazel, 1985). С. 135.
10. Беседа с Карен, 1985.
11. O. van der Hart, P. Brown, and B. A. van der Kolk, «Pierre Janet's Treatment of Post-Traumatic Stress», *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989). С. 379—396.
12. S. Hill and J. M. Goodwin. *Freud's Notes on a Seventeenth Century Case of Demonic Possession: Understanding the Uses of Exorcism* (неопубликованная работа, отделение психиатрии, медицинский колледж штата Висконсин, Милуоки, 1991).
13. I. Agger and S. B. Jensen, «Testimony as Ritual and Evidence in Psychotherapy for Political Refugees», *Journal of Traumatic Stress* 3 (1990). С. 115—130.

14. Mollica, «The Trauma Story», цит. с. 312.
15. T. M. Keane, J. A. Fairbank, J. M. Caddell, et al. «Implosive (Flooding) Therapy Reduces Symptoms of PTSD in Vietnam Combat Veterans», *Behavior Therapy* 20 (1989). С. 245—260.
16. A. J. Cienfuegos and C. Monelli, «The Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument, *American Journal of Orthopsychiatry* 53 (1983). С. 43—51, цит. с. 50.
17. Agger and Jensen, «Testimony as Ritual»,
18. Cienfuegos and C. Monelli, «The Testimony of Political Repression»,
19. Т. Кин, выступление на конференции Гарвардской медицинской школы по психологической травме, Бостон, июнь 1990 г.
20. Исследования Кина недавно подтвердились в похожей программе лечения для ветеранов войн. См.: P. A. Boudeyns, L. Hyer, M. Woods et al. «PTSD Among Vietnam Veterans: An Early Look at Treatment Outcome Using Direct Therapeutic Exposure», *Journal of Traumatic Stress* 3 (1990). С. 359—368.
21. W. Owen, письмо матери, февраль 1918 г.. Цит. по кн. P. Fussell, *The Great War and Modern Memory* (London: Oxford University Press, (1975). С. 327.
22. S. Freud, «The Aetiology of Hysteria», [1896], в *Standard Edition*. Т. 3 / Пер. с нем. J. Strachey (London: Hogarth Press, 1962). С. 191—221, цит. с. 205.
23. Беседа с Ш. Саймон, 1991.
24. D. Brown and E. Fromm, *Hypnotherapy and Hypnoanalysis* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1986).
25. Беседа с Ш. Мур, 16 ноября 1990 г.
26. R. Cluft, Course on Treatment of Multiple Personality Disorder, ежегодная встреча Американской психиатрической ассоциации, Сан-Франциско, май 1989 г.
27. A. Shalev, T. Gali, S. Schreiber, and R. Halamish, *Levels of Trauma: A Multidimensional Approach to the Psychotherapy of PTSD* (неопубликованная работа, Center for Traumatic Stress, Hadassah Hospital, Jerusalem, Israel, 1991).
28. R. F. Mollica, G. Wyshak, J. Lavelle et al. «Assessing Symptom Change in Southeast Asian Refugee Survivors of Mass Violence and Torture», *American Journal of Psychiatry* 147 (1990). С. 83—88.
29. Обсуждение динамики оплакивания см. в работах: B. Raphael, *The Anatomy of Bereavement* (New York: Basic Books, 1984); C. M. Parkes, *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life* (London: Tavistock, 1986).
30. Danieli, «Treating Survivors». С. 282.
31. Беседа с Клаудией, 1972.
32. R. S. Laufer, E. Brett, and M. S. Gallops, «Symptom Patterns Associated with Post-Traumatic Stress Disorder among Vietnam Veterans Exposed to War Trauma», *American Journal of Psychiatry* 142 (1985). С. 1304—1311.

33. Этой формулировкой трансформации беспомощной ярости в праведное негодование я обязана своей матери. См.: Н. В. Lewis, *Shame and Guilt in Neurosis* (New York: International Universities Press, 1971); Н. В. Lewis, «Shame: The 'Sleeper' in Psychopathology» // В кн. Н. В. Lewis, *The Role of Shame in Symptom Formation* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1987). С. 1—28.
34. L. Shengold, *Soul Murder: The Effects of Childhood Abuse and Deprivation* (New Haven: Yale University Press, 1989). С. 315.
35. Danieli, «Treating Survivors». С. 287.
36. Беседа с С. Абдулалли. Теренс Кин также называет скуку, вызванную историей травмы, признаком завершения восстановления. (беседа 1991 г.).

Глава 10

1. М. Н. Stone, «Individual Psychotherapy with Victims of Incest», *Psychiatric Clinics of North America* 12 (1989). С. 237—256, цит. с. 251—252.
2. Цит. по кн. Е. Bass and L. Davis, *The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse* (New York: Harper & Row, 1988). С. 163.
3. Беседа с М. Соулт, курсы самообороны *Model Mugging of Boston*, 7 декабря 1990 г.
4. Беседа с М. Соулт, 1990.
5. J. Goodwin, «Group Psychotherapy for Victims of Incest», *Psychiatric Clinics of North America* 12 (1989). С. 279—293, цит. с. 289.
6. М. Horowitz, *Stress Response Syndromes* (Northvale, NJ: Jason Aronson, 1986). С. 136.
7. R. J. Lifton, *Home from War: Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners* (New York: Simon & Schuster, 1973). С. 287.
8. Цит. по ст.: Е. Schatzow and J. Herman, «Breaking Secrecy: Adult Survivors Disclose to Their Families», *Psychiatric Clinics of North America* 12 (1989). С. 337—349, цит. с. 348.
9. G. NiCarthy, *Getting Free: A Handbook for Women in Abusive Relationships* (Seattle, WA: Seal Press, 1982). С. 238.
10. Сафира. Цит. по кн. Bass and Davis, *The Courage to Heal* стр. 264.
11. Цит. по кн. Bass and Davis, *The Courage to Heal* стр. 166.
12. L. Lovelace and M. McGrady, *Ordeal* (Secaucus, NJ: Citadel, 1980). С. 253.
13. Сюзан, в Elizabeth Stone House Newsletter (Boston, MA, 1990).
14. NiCarthy, *Getting Free*. С. 254.
15. J. V. Becker, L. J. Skinner, G. G. Abel et al. «Time-Limited Therapy with Sexually Dysfunctional Sexually Assaulted Women», *Journal of Social Work and Human Sexuality* 3 (1984). С. 97—115.
16. L. Davis, *The Courage to Heal Workbook: For Women and Men Survivors of Child Sexual Abuse* (New York: Harper & Row, 1988). С. 441.

17. M. Norman, *These Good Men: Friendships Forged From War* (New York: Crown, 1989). С. 301—302.
18. Щаранский Н. *Не убоюсь зла*. М.: ВЕК: ОЛИМП, 1991.
19. Е. М. Д., из личного сообщения, 1984.
20. Беседа с С. Бьюэл, 1991.
21. Беседа с К. Смитом, 1991.
22. Арендт Х., Банальность зла. Эйхман в Иерусалиме, Европа, 2008.
23. Беседа с Ш. Саймон, 1991.
24. Беседа с С. Бьюэл, 21 мая 1991 г.
25. Беседа с Марси, 1989.
26. E. Kahana, B. Kahana, Z. Harel et al. «Coping with Extreme Trauma» // В сб. *Human Adaptation to Extreme Stress* / Под. ред. J. P. Wilson, Z. Harel, and B. Kahana (New York: Plenum, 1988). С. 55—80; W. Op den Velde, P. R. Falger, H. de Groen et al. «Current Psychiatric Complaints of Dutch Resistance Veterans from World War II: A Feasibility Study», *Journal of Traumatic Stress* 3 (1990). С. 351—358.
27. Беседа с Бет, 1986.
28. R. Rhodes, *A Hole in the World: An American Boyhood* (New York: Simon & Schuster, 1990). С. 269.
29. M. R. Harvey, *An Ecological View of Psychological Trauma* (неопубликованная работа, Кембриджская больница, Кембридж (США), 1990).
30. S. Fraser, *My Father's House: A Memoir of Incest and of Healing* (New York: Harper & Row, 1987). С. 253.

Глава 11

1. Леви П. *Человек ли это?* Текст, 2011.
2. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. Психотерапия. Апрель-Пресс, 2007.
3. M. Harvey, Group Treatment for Survivors» // В кн. M. P. Koss and M. R. Harvey, *The Rape Victim: Clinical and Community Interventions* (Beverly Hills, CA: Sage, 1991). С. 205—244.
4. B. A. van der Kolk, «The Role of the Group in the Origin and Resolution of the Trauma Response» // В сб. *Psychological Trauma* / Под. ред. B. A. van der Kolk (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1987). С. 153—172.
5. Беседа с К. Смитом, 1991.
6. Повторный вопросник группы, 1984.
7. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. Психотерапия. Апрель-Пресс, 2007.
8. Повторный вопросник группы, 1984.
9. Повторный вопросник группы, 1987.

10. Повторный вопросник группы, 1986.
11. Беседа с К. Смитом, 1991.
12. L. H. Bowker, «The Effect of Methodology on Subjective Estimates of the Differential Effectiveness of Personal Strategies and Help Sources Used by Battered Women» // В сб. G. T. Hotaling, D Finkelhor, J. T. Kirkpatrick et al. (ред.), *Coping with Family Violence: Research and Policy Perspectives* (Beverly Hills, CA: Sage, 1988). С. 80—92.
13. J. I. Walker and J. L. Nash, Group Therapy in the Treatment of Vietnam Combat Veterans», *International Journal of Group Therapy* 31 (1981). С. 379—389.
14. Y. Danieli, «Treating Survivors and Children of Survivors of the Nazi Holocaust» // В сб. *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence* / Под ред. F. Ochberg. С. 278—294.
15. R. Mollica, выступление на семинаре Бостонской учебной группы, 1988.
16. J. Yassen and L. Glass, «Sexual Assault Survivors Groups», *Social Work* 37 (1984). С. 252—257.
17. A. Shalev, *Debriefing Following Traumatic Exposure* (неопубликованная работа, Center for Traumatic Stress, Hadassah Hospital, Jerusalem, Israel, 1991).
18. C. Dunning, выступление на семинаре Бостонской учебной группы, 1991.
19. Повторный опросник группы, 1981.
20. M. Bean, «Alcoholics Anonymous», *Psychiatric Annals* 5 (1975). С. 5—64.
21. R. Flannery, «From Victim to Survivor: A Stress-Management Approach in the Treatment of Learned Helplessness» // В сб. *Psychological Trauma* / Под. ред. B. A. van der Kolk (Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1987). С. 217—232.
22. E. R. Parson, «The Unconscious History of Vietnam in the Group: An Innovative Multiphasic Model for Working through Authority Transferences in Guilt-Driven Veterans», *International Journal of Group Psychotherapy* 38 (1988). С. 275—301, цит. с. 285.
23. J. L. Herman and E. Schatzow, «Time-Limited Therapy for Women with a History of Incest», *International Journal of Group Psychotherapy* 34 (1984). С. 605—616.
24. J. O. Brende, «Combined Individual and Group Therapy for Vietnam Veterans», *International Journal of Group Psychotherapy* 31 (1981). С. 367—378; Walker and Nash, Group Therapy in the Treatment of Vietnam Combat Veterans»; Parson, «The Unconscious History of Vietnam»,
25. V. Rozyanko and H. E. Dondershine, «Trauma Focus Group Therapy for Vietnam Veterans with PTSD», *Psychotherapy* 28 (1991). С. 157—161; Walker and Nash, Group Therapy in the Treatment of Vietnam Combat Veterans»,
26. См., например, описание группы для переживших инцест (женской), которой руководит старший психиатр-мужчина и младшая психиатр-женщина, в кн.: R. Ganzarain and B. Buchele, *Prisoners on Incest: A Perspective from Psychoanalysis and Groups* (Madison, CT: International Universities Press, 1988).

27. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика; J. P. Wilson, *Trauma, Transformation and Healing: An Integrative Approach to Theory, Research, and Post-Traumatic Therapy* (New York: Brunner/Mazel, 1990).
28. J. L. Herman and E. Schatzow, «Recovery and Verification of Memories of Childhood Sexual Trauma», *Psychoanalytic Psychology* 4 (1987). С. 1—14.
29. Идея воображаемого подарка предложена израильским психологом Орит Нейв.
30. Прощальная церемония группы, Сомервиль, Массачусетс, 1984.
31. Y. Fischman and J. Ross, «Group Treatment of Exiled Survivors of Torture», *American Journal of Orthopsychiatry* 60 (1990). С. 135—142.
32. Danieli, «Treating Survivors»,
33. Повторный опросник группы, 1988.
34. R. M. Scurfield, S. K. Kenderline, and R. J. Pollard, «Inpatient Treatment for War-Related Post-Traumatic Stress Disorder: Initial Findings on a Longer-Term Outcome Study», *Journal of Traumatic Stress* 3 (1990). С. 185—202.
35. P. M. Coons and K. Bradley, «Group Psychotherapy with Multiple Personality Patients», *Journal of Nervous and Mental Disease* 173 (1985). С. 515—521.
36. J. V. Becker, L. J. Skinner, G. G. Abel et al. «Time-Limited Therapy with Sexually Dysfunctional Sexually Assaulted Women», *Journal of Social Work and Human Sexuality* 3 (1984). С. 97—115, цит. с. 98.
37. Беседа с М. Соулт, 1990.
38. S. Fraser, *My Father's House: A Memoir of Incest and of Healing* (New York: Harper & Row, 1987). С. 253.
39. Полное объяснение базовой модели группы межличностной психотерапии можно найти в кн.: Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика.
40. R. Rhodes, *A Hole in the World: An American Boyhood* (New York: Simon & Schuster, 1990). С. 15.

Послесловие

1. Y. Danieli, N. S. Rodley, and L. Weisaeth, *International Responses to Traumatic Stress* (Amityville, NY: Baywood, 1996).
2. M. C. Bassiouni and M. McCormick, *Sexual Violence: An Invisible Weapon of War in the Former Yugoslavia* (Chicago, IL: De Paul University International Human Rights Law Institute, 1996).
3. M. G. Bouvard, *Women Reshaping Human Rights: How Extraordinary Activists are Changing the World* (Wilmington, DE: Scholarly Resources Books, 1996).
4. National Victim Center, *Crime and Victimization in America: Statistical Overview* (Arlington, VA, 1993).
5. B. L. Green, «Psychological Research in Traumatic Stress: An Update», *Journal of Traumatic Stress* 7 (1994). С. 341—362; N. Breslau et al. *Archives of General Psychiatry* 54 (1997). С. 81—87.

6. M. D. De Bellis, G. P. Chrousos, L. D. Dorn, L. Burke, K. Helmers, M. A. Kling, P. K. Trickett, and F. W. Putnam, «Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Dysregulation in Sexually Abused Girls», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 78 (1994). C. 249—255; P. K. Trickett, C. McBride-Chang, and F. W. Putnam, «The Classroom Performance and Behavior of Sexually Abused Girls», *Development and Psychopathology* 6 (1994). C. 183—194; F. W. Putnam, K. Helmers, L. A. Horowitz, and P. K. Trickett, «Hypnotizability and Dissociativity in Sexually Abused Girls», *Child Abuse and Neglect* 19 (1995). C. 645—655.
7. J. D. Kinzie and R. R. Goetz, «A Century of Controversy Surrounding Post-traumatic Stress-Spectrum Syndromes: The Impact of DSM-III and DSM-IV», *Journal of Traumatic Stress* 9 (1996). C. 159—180.
8. M. J. Friedman, D. S. Charney, and A. Y. Deutch, *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to Post-Traumatic Stress Disorder* (Hagerstown, MD: Lippincott-Raven, 1995); B. A. van der Kolk, «The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma» // В сб. / Под ред. B. A. van der Kolk, A. C. MacFarlane, and L. Weisaeth, *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind Body, and Society* (NY: Guilford, 1996).
9. S. M. Southwick, J. H. Krystal, C. A. Morgan, D. Johnson, L. Nagy, A. Nicolaou, G. R. Henniger, and D. S. Charney, «Abnormal Noradrenergic Function in Post Traumatic Stress Disorder», *Archives of General Psychiatry* 50 (1993). C. 266—274; D. S. Charney, A. Y. Deutsch, J. H. Krystal, S. M. Southwick, and M. Davis, «Psychobiologic Mechanisms of Post Traumatic Stress Disorder», *Archives of General Psychiatry* 50 (1993). C. 294—305; M. D. DeBellis and F. W. Putnam, «The Psychology of Childhood Maltreatment», *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 3 (1994). C. 663—677; R. Yehuda and A. C. MacFarlane, «Conflict Between Current Knowledge About Posttraumatic Stress Disorder and Its Original Conceptual Basis», *American Journal of Psychiatry* 152 (1995). C. 1705—1713.
10. J. D. Bremner, J.H. Krystal, S. M. Southwick, and D. S. Charney, «Functional Neuroanatomical Correlates of the Effects of Stress on Memory», *Journal of Traumatic Stress* 8 (1995). C. 527—554; J. D. Bremner, P. Randall, T. M. Scott, R. A. Bronen, J. P. Seibyl, S. M. Southwick, R. C. Delaney, G. McCarthy, D. S. Charney, and R. B. Innis, «MRI-Based Measures of Hippocampal Volume in Patients with Posttraumatic Stress Disorder», *American Journal of Psychiatry* 152 (1995). C. 973—981; L. J. Metzger, S. P. Orr, N. B. Lasko, and R. K. Pitman, «Reduced P3S in Survivors of Childhood Sexual Abuse with Posttraumatic Stress Disorder», презентация на ежегодной встрече Международного общества изучения травматического стресса, Сан-Франциско, 11 ноября 1996 г.
11. E. Cardena and D. Spiegel, «Dissociative Reactions to the Bay Area Earthquake», *American Journal of Psychiatry* 150 (1993). C. 474—478; C. Coopman, C. Clas-

- sen, and D. Spiegel, «Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms Among Survivors of the Oakland/Berkeley California, Firestorm», *American Journal of Psychiatry* 151 (1994). С. 888—894; C. R. Marmar, D. S. Weiss, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank, K. Jordan, R. A. Kulka, and R. L. Hough, «Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress in Male Vietnam Theater Veterans», *American Journal of Psychiatry* 151 (1994). С. 902—907; A. Shalev, T. Peri, L. Cancti, and S. Schreiber, «Predictors of Posttraumatic Stress Disorder in Injured Trauma Survivors: A Prospective Study», *American Journal of Psychiatry* 153 (1996). С. 219—225.
12. B. A. van der Kolk, D. Pelkovitz, S. Roth, F. S. Mandel, and J. L. Herman, «Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma», *American Journal of Psychiatry* 153 (Festschrift Supplement, 1996). С. 83—93.
13. B. A. van der Kolk and R. Fisler, «Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Review and Experimental Confirmation», *Journal of Traumatic Stress* 8 (1995). С. 505—525.
14. J. H. Krystal, L. P. Karper, J. P. Seibyl, G. K. Freeman, R. Delaney, J. D. Bremner, G. R. Heninger, M. B. Bowers, and D. S. Charney, «Subanesthetic Effects of the Noncompetitive NMDA Antagonist, Ketamine, in Humans: Psychotomimetic, Perceptual, Cognitive and Neuroendocrine Responses», *Archives of General Psychiatry* 51 (1994). С. 199—213.
15. S. L. Rauch, B. A. van der Kolk, R. E. Fisler, N. M. Alpert, S. P. Orr, C. R. Savage, A. J. Fischman, M. A. Jenike, and R. K. Pitman, «A Symptom Provocation Study of Posttraumatic Stress Disorder Using Positron Emission Tomography and Script-Driven Imagery», *Archives of General Psychiatry* 53 (1996). С. 380—387.
16. J. L. Carbonell and C. Figley, «A Six-Month Study of Four Innovative Treatment Methods for Traumatic Stress», презентация на ежегодной встрече Международного общества исследований травматического стресса, Сан-Франциско, 12 ноября 1996 г.; F. Shapiro, «Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Evaluation of Controlled PTSD Research», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* (готовится к печати).
17. M. R. Harvey, An Ecological View of Psychological Trauma and Trauma Recovery», *Journal of Traumatic Stress* 9 (1996). С. 3—23.
18. T. Rosenberg, *The Haunted Land: Facing Europe's Ghosts After Communism* (New York: Random House, 1995).
19. P. Parker. Цит. по кн. A. D. Smith, *Twilight — Los Angeles, 1992, On the Road: A Search for American Character* (New York: Doubleday Anchor, 1994). С. 178.
20. D. Finkelhor, «The 'Backlash' and the Future of Child Protection Advocacy: Insights from the Study of Social Issues», в сб. / Под ред. J. E. B. Myers, *The Backlash: Child Protection Under Fire* (Thousand Oaks, CA: Sage, 1994). С. 1—16.

21. American Psychiatric Association, «Statement on Memories of Sexual Abuse», Washington, D. C., 1993; L. M. Williams, «Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (1994). С. 1167—1176; L. M. Williams, «Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories», *Journal of Traumatic Stress* 8 (1995). С. 649—674; J. J. Freyd, *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996).
22. K. S. Pope and L. S. Brown, *Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensic* (Washington, D. C.: American Psychological Association, 1996).
23. J. L. Herman and M. R. Harvey, «The False Memory Debate: Social Science of Social Backlash?» *Harvard Mental Health Letter* 9 (1993).
24. J. L. Herman, «Presuming to Know the Truth», *Nieman Reports* 48 (1994). С. 43—45.
25. C. G. Bowman and E. Mertz, «A Dangerous Direction: Legal Intervention in Sexual Abuse Survivor Therapy», *Harvard Law Review* 109 (1996). С. 549—639.
26. C. E. Tracy, J. C. Morrison, M. A. McLaughlin, R. M. Bratspies, and D. W. Ford: Brief of the International Society for Traumatic Stress Studies and The Family Violence and Sexual Assault Institute as *Amici Curiae* in Support of the State. New Hampshire Court No. 95—429, *NH v. Hungerfort*, *NH v. Morahan*, июль 1996 г.; L. H. Schafran, Y. Wu, J. Goldscheid, C. E. Tracy, L. J. Wharton and S. Frietsche: Reply Brief for *Amici Curiae* International Society for Traumatic Stress Studies, Family Violence and Sexual Assault Institute, Support Center for Child Advocates, Pennsylvania Coalition Against Rape, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, Women Organized Against Rape, National Association of Social Workers, Pennsylvania National Organization for Women, Northwest Women's Law Center, NOW Legal Defense & Education Fund, and Women's Law Project, in Support of Appellant. Supreme Court of Pennsylvania, No. 55, *Dalrymple v. Brown*, 1996.
27. Н. Рамона. Цит. по: статье К. Butler, «Clashing Memories, Mixed Messages», *Los Angeles Times Magazine*, 26 июня 1994 г.. С. 35.
28. J. L. Herman, «Crime and Memory», *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 23 (1995). С. 5—17.

Эпилог к изданию 2015 г.

1. Соединенные Штаты держат в тюрьмах больший процент своего народа, чем авторитарные режимы в Иране, Китае и России. См.: M. Alexander, *The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colorblindness* (New York: New Press, 2011).

2. D. R. Rubinow, «Out of Sight, Out of Mind: Mental Illness Behind Bars», *American Journal of Psychiatry* 171 (2014). С. 1041—1044.
3. J. Risen. *Pay Any Price: Greed, Power, and Endless War* (New York: Houghton Mifflin, 2014).
4. Ризен (там же) подробно описывает, как Американская психологическая ассоциация изменяет свой этический кодекс, чтобы обеспечить прикрытие психологам, участвующим в допросах заключенных, и допустить применение защитного довода «мы просто выполняли приказы», опозоренного еще во времена Нюрнбергского процесса. Американская психиатрическая ассоциация и Американская медицинская ассоциация же, напротив, своим этическим кодексом категорически воспрепятствуют членам ассоциаций принимать участие в допросах. См.: K. G. Pope and T. G. Gutheil, «Contrasting Ethical Policies of Physicians and Psychologists Concerning Detainee Interrogations», *British Medical Journal* 338 (2009). С. 1653.
 Мой коллега Кен Поуп, соавтор классического учебника по этике в психологии, бывший член Американской психологической ассоциации и бывший председатель ее комитета по этике, ушел из этой организации в знак протеста против изменения этической политики. В своем заявлении об отставке он писал: «Эти изменения уводят АПА настолько далеко от ее этического фундамента, исторических традиций и базовых ценностей — и от моего собственного личного и профессионального взгляда на наши обязанности, — что я не могу поддерживать их своим членством в ассоциации». Письмо президенту APA, 6 февраля 2008 г.
5. P. Klay, «Redeployment», in *Redeployment* (New York: Penguin, 2014).
6. D. T. Armeni, «A Soldier Fights Off the Cold», *New York Times*, May 11, 2014.
7. M. K. Nock, C. A. Deming, C. S. Fullerton et al. «Suicide Among Soldiers: A Review of Psychosocial Risk and Protective Factors», *Psychiatry* 76 (2013). С. 97–125.
8. J. J. Fultona, P. S. Calhouna, H. R. Wagnera, A. R. Schrya, L. P. Haira et al. «The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A Meta-Analysis», *Journal of Anxiety Disorders* (готовится к выходу в 2015 г.).
9. C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messer, D. McGurk, D. I. Cotting, and R. L. Koffman, «Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care», *New England Journal of Medicine* 351 (2004). С. 13—22.
10. R. A. Kulka et al. *National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS): Description, Current Status, and Initial PTSD Prevalence Estimates* (Washington, DC: Veterans Administration, 1988).
11. B. P. Dohrenwend, T. J. Yager, M. M. Wall, and B. G. Adams, «The Roles of Combat Exposure, Personal Vulnerability and Involvement in Harm to Civilians or Prisoners in Vietnam War-related Posttraumatic Stress Disorder», *Clinical Psychological Science* 1, no. 3 (декабрь 2013). С. 223–238.

12. R. J. Lifton, *Home from the War: Vietnam Veterans — Neither Victims Nor Executioners* (New York: Simon & Schuster, 1973).
13. B. Carey, «Combat Stress Among Veterans Is Found to Persist Since Vietnam», *New York Times*, 8 августа 2014 г., A14.
14. Количественные данные с веб-сайта министерства обороны, www.defense.gov.
15. D. Dickerson, *An American Story* (New York: Pantheon, 2000). С. 120—122.
16. C. P. Smith and J. J. Freyd, «Institutional Betrayal», *American Psychologist* 69 (2014). С. 575—87.
17. R. Kimerling, K. Gima, M. W. Smith, A. Street, and S. Frayne, «The Veterans Health Administration and Military Sexual Trauma», *American Journal of Public Health* 97 (2007). С. 2160—2166.
18. Для сравнения: соответствующие цифры для мужчин составляли 2%, 14% и 6%. M. J. Breiding, S. G. Smith, K. C. Basile et al. «Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization — National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011», *Center for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 5 сентября 2014 г.
19. P. Tjaden and N. Thoennes, *Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey* (Washington, DC: U.S. Department of Justice, 1998).
20. Президентский меморандум, инициатива *It's On Us*, 19 сентября 2014 г. Совет Белого дома по делам женщин и девочек, www.whitehouse.gov/blog.
21. S. Sinozich and L. Langton, *Special Report: Rape and Sexual Assault Victimization Among College-Age Females, 1995–2013* (Washington, DC: U.S. Department of Justice, 2014), Bureau of Justice Statistics, NCJ248471.
22. В одном из тех редких случаев, когда администрация колледжа все же известила полицию (что привело в итоге к судебному разбирательству и приговору, вынесенному членам футбольной команды за групповое изнасилование студентки, находящейся в бессознательном состоянии), преступники были настолько уверены в своем праве, что трое участников записали процесс изнасилования на свои смартфоны, и на записях видно, как зачинщик смеялся, раздавал презервативы и подбивал своих товарищей по команде присоединиться. См. A. Blinder and R. Perez-Pena, «Vanderbilt Rape Convictions Stir Dismay and Denial», *New York Times*, 28 января 2015 г.
23. Отдел расследований газеты Boston Globe, *Betrayal: The Crisis in the Catholic Church* (New York: Little, Brown, 2002).
24. Мой коллега Фрэнк Патнэм, профессор психиатрии и педиатрии, отмечает, что похожая группа «обычных подозреваемых» неизменно оспаривает случаи физического насилия над детьми. Чтобы объяснить доказательства, такие как множественные переломы в разном возрасте, видимые на рентгеновском снимке, эти «эксперты» ссылаются на вымышленный синдром под названием «болезнь временной ломкости костей». Когда речь идет о вопросах насилия

- над детьми, уровень упорного социального отрицания часто поражает воображение. Ф. У. Патнэм, личная переписка с автором, 4 ноября 2014 г.
25. C. Dalenberg, «Recovered Memory and the Daubert Criteria: Recovered Memory as Professionally Tested, Peer Reviewed and Accepted in the Relevant Scientific Community», *Trauma, Violence and Abuse* 7 (2006). С. 274–301. См. также: B. A. van der Kolk, «The Unbearable Heaviness of Remembering», глава 12 в кн. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma* (New York: Viking, 2014). С. 184–99.
 26. D. Brown, *Neuroimaging of Posttraumatic Stress Disorder and Dissociative Disorders* (неопубликованная рукопись, Boston, MA, 2014).
 27. Колк Б. ван дер. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. Бомбора, 2020.
 28. M. Teicher, K. Rabi, Y. S. Sheu, S. B. Seraphin et al. «Neurobiology of Childhood Trauma and Adversity» // В сб. *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* / Под. ред. R. A. Lanius, E. Vermetten, and C. Pain (New York: Cambridge University Press, 2010). С. 112–122.
 29. A. N. Schore, «Biological Approaches to Early Life Trauma» // В сб. *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* / Под. ред. R. A. Lanius, E. Vermetten, and C. Pain (New York: Cambridge University Press, 2010). С. 142—147. Доктор Шор — автор серьезной трехтомной работы, интегрирующей психоаналитическую теорию, психологию развития и нейробиологию: *Affect Regulation and the Origin of the Self*; *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*; и *Affect Regulation and the Repair of the Self* (New York: W. W. Norton, 1994, 2003, 2003).
 30. M. W. Miller, E. J. Wolf, and T. M. Keane, «Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: New Criteria and Controversies», *Clinical Psychology: Science and Practice* 21 (2014). С. 208—220.
 31. V. J. Felitti, R. F. Anda, D. Nordenberg et al. «The Relationship of Adult Health Status to Childhood Abuse and Household Dysfunction», *American Journal of Preventive Medicine* 14 (1998). С. 245—258.
 32. S. R. Dube, R. F. Anda, V. J. Felitti et al. «Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Lifespan: Findings from the Adverse Childhood Experience Study», *Journal of the American Medical Association* 286 (2001). С. 3089—3096.
 33. V. J. Felitti, «Foreword» // В сб. *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* / Под. ред. R. A. Lanius, E. Vermetten, and C. Pain (New York: Cambridge University Press, 2010). С. xiii.
 34. Ф. У. Патнэм, из личной переписки с автором, 4 ноября 2014 г. Модель лечения, называемая «Выход за рамки депрессии», косвенным образом выполняет и профилактическую функцию, поскольку материнская депрессия — серьезный фактор риска в плане возможного жестокого или халатного обращения с детьми.

35. P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, «The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study», *Development and Psychopathology* 23 (2011). С. 453–76, цит. с. 468.
36. См., например, статью D. L. Olds, «The Nurse-Family Partnership: An Evidence-Based Preventive Intervention», *Infant Mental Health Journal* 27 (2006). С. 5–25.
37. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment* (New York: Basic Books, 1969).
38. C. George and J. Solomon, «Attachment and Caregiving: The Caregiving Behavioral System» // В сб. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* / Под. ред. J. Cassidy and P. R. Shaver (New York: Guilford, 1999). С. 649–670.
39. I. Bretherton and K. A. Mulholland, «Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory» // В сб. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. 2-е изд. / Под. ред. J. Cassidy and P. R. Shaver (New York: Guilford, 2008). С. 102–128.
40. J. Bowlby, *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development* (New York: Basic Books, 1988).
41. M. D. S. Ainsworth, M. C. Blehar, E. Waters, and S. Wall, *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation* (Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978).
42. K. Lyons-Ruth and M. A. Easterbrooks, «Assessing Mediated Models of Family Change in Response to Infant Home Visiting: A Two-Phase Longitudinal Analysis», *Infant Mental Health Journal* 27 (2006). С. 55–69.
43. К. Лайонс-Рут, личная переписка с автором.
44. L. Dutra, J.-F. Bureau, B. Holmes, A. Lyubchik, and K. Lyons-Ruth, «Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation», *Journal of Nervous and Mental Disease* 197 (2009). С. 383.
45. K. Lyons-Ruth, J.-F. Bureau, B. Holmes, A. Easterbrooks, and N. H. Brooks, «Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury in Late Adolescence: Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and Childhood», *Psychiatry Research* 206 (2013). С. 273–281.
46. E. A. Carlson, B. Egeland, and L. A. Sroufe, «A Prospective Investigation of the Development of Borderline Personality Symptoms», *Development and Psychopathology* 21 (2009). С. 1311–1334.
47. Y. Erturk, *15 Years of the United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women (1994–2009) — A Critical Review*, UN Office of the High Commissioner for Human Rights, 2009, Document #A/HRC/11/6/ Add5.
48. По оценкам одного недавнего исследования, 13% изнасилований в Соединенных Штатах, по поводу которых поступили заявления в правоохранительные органы, привели к тюремному заключению преступников. См.: K. Daly and B. Bonhours, «Rape and Attrition in the Legal Process: A Comparative Analysis of Five Countries», *Crime and Justice* 39 (2010). С. 485–565.

49. J. L. Herman, «Justice from the Victim's Perspective», *Violence Against Women* 11 (2005). С. 571—602.
50. «U.S. Department of Education Releases List of Higher Education Institutions with Open Title IX Sexual Violence Investigations», News Release, U.S. Department of Education, May 1, 2014, www.ed.gov.
51. News Release, U.S. Department of Education, 5 января 2015 г.
52. Цит. по изд. *The Harvard Crimson*, 4 января 2015 г.
53. Психолог Мэри Косс, национальный эксперт по изнасилованиям в кампусах, была «на передовой» в разработке ориентированных на жертву моделей восстановительного правосудия, предлагаемых как варианты реагирования на заявления об изнасиловании. См. М. Р. Koss, J. K. Wilgus, and K. M. Williamsen, «Campus Sexual Misconduct: Restorative Justice Approaches to Enhance Compliance with Title IX Guidance», *Trauma, Violence, and Abuse* 15 (2014). С. 242—257.
54. Обширный архив данных, касающихся сексуального насилия над детьми в католической церкви, поддерживается некоммерческой организацией *Bishop Accountability*, (www.BishopAccountability.org).
55. М. Cloitre, C. A. Courtois, A. Charuvastra, R. Carpezza, B. C. Stolbach, and B. L. Green, «Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Clinician Survey on Best Practices», *Journal of Traumatic Stress* 24 (2011). С. 615—627; International Society for the Study of Trauma and Dissociation, «Special Issue: Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults», *Journal of Trauma and Dissociation* 12 (2011). С. 113—212.
56. J. M. Chu, *Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders*. 2-е изд. (New York: J. Wiley & Sons, 2011); C. A. Courtois and J. D. Ford, *Treatment of Complex Trauma: A Sequenced, Relationship-Based Approach* (New York: Guilford, 2013).
57. Е. Н. Erikson, *Childhood and Society* (New York: Norton, 1950).
58. Institute of Medicine, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence* (Washington, DC: National Academies Press, 2008).
59. A. McDonagh, M. Friedman, G. McHugo et al. «Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse», *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 73 (2005). С. 515—524; J. D. Ford and P. Kidd, «Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 11 (1998). С. 743—761; P. P. Schnurr, M. J. Friedman, C. Engel et al. «Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women: A Randomized Controlled Trial», *Journal of the American Medical Association* 297 (2007). С. 820—830; R. Bradley, J. Greene, E. Russ, L. Dutra, and D. Westen, «A Multi-dimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD», *American Journal of Psychiatry* 162 (2005). С. 214—227.

60. K. H. Seal, S. Maguen, B. Cohen et al. «VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses», *Journal of Traumatic Stress* 23 (2010). С. 5—16.
61. D. J. Morris, «After PTSD, More Trauma», *New York Times*, 18 января 2015 г., SR1.
62. E. M. Seppala, J. B. Nitschke, D.L. Tudorascu et al. «Breathing-Based Meditation Decreases Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in US Military Veterans: A Randomized Controlled Study», *Journal of Traumatic Stress* 27 (2014). С. 397—405; B. van der Kolk, L. Stone, J. West et al. «Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD», *Journal of Clinical Psychiatry* 75 (2014). С. 559—565.
63. van der Kolk, Body Keeps the Score. С. 273.
64. D. Frost, K. M. Laska, and B. E. Wampold, «The Evidence for Present-Centered Therapy as a Treatment for Posttraumatic Stress Disorder», *Journal of Traumatic Stress* 27 (2014). С.1—8.
65. M. Cloitre, K. Chase Stovall-McClough, K. Noonan et al. «Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial», *American Journal of Psychiatry* 167 (2010). С. 915—924.
66. См. ст.: F. Leischnring and S. Rabung, «Effectiveness of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis», *JAMA: Journal of the American Medical Association* 300, no. 13 (2008). С. 1551—1565.
67. P. Fonagy and A. Bateman, «The Development of Borderline Personality Disorder — A Mentalizing Model», *Journal of Personality Disorders* 22 (2008). С. 4—21, 5.
68. A. Bateman and P. Fonagy, «Eight-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual», *American Journal of Psychiatry* 165 (2008). С. 631—638.
69. A. Bateman and P. Fonagy, «Randomized-Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 166 (2009). С. 1355—1364.
70. J. Allen, *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships: Treating Trauma with Plain Old Therapy* (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013). С. 197.
71. Там же. С. 193.
72. Там же. С. 202.
73. C. B. Truax and R. R. Carkhuff, *Toward Effective Counseling and Psychotherapy* (Chicago: Aldine, 1967).
74. B. E. Wampold, Z. E. Imel, K. M. Laska et al. «Determining What Works in the Treatment of PTSD», *Clinical Psychology Review* 30 (2010). С. 923—933.
75. B. E. Wampold, *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings* (Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001).
76. J. L. Herman, «Craft and Science in the Treatment of Traumatized People», *Journal of Trauma and Dissociation* 9 (2008). С. 293—300.

77. Обзор по этому вопросу см. в статье А. О. Horvath, А. С. D. Re, С. Fluckiger, and D. Symonds, «Alliance in Individual Psychotherapy» // В сб. *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*, 2-е изд. / Под. ред. J. C. Norcross and M. J. Lambert (New York: Oxford University Press, 2011). С. 25—69.
78. К. М. Laska, А. S. Gurman, and B. E. Wampold, «Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective», *Psychotherapy* 51, no. 4 (2014). С. 467—481.
79. B. Brand and R. Loewenstein, «Does Phasic Trauma Treatment Make Patients with Dissociative Identity Disorder More Dissociative?» *Journal of Trauma and Dissociation* 15 (2014). С. 52—65.
80. М. Mendelsohn, R. Zachary, and P. Harney, «Group Therapy as an Ecological Bridge to New Community», *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 14 (2007). С. 227—243.
81. М. Т. Shea, М. McDevitt-Murphy, D. J. Ready, and P. P. Schnurr, «Group Therapy» // В сб. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, 2-е изд. / Под. ред. Е. В. Фоа, Т. М. Keane, М. J. Friedman, and J. A. Cohen (New York: Guilford, 2009). С. 306—326.
82. P. P. Schnurr, M. J. Friedman, D. W. Foy et al. «Randomized Trial of Trauma-Focused Group Therapy for Posttraumatic Stress Disorder», *Archives of General Psychiatry* 60 (2003). С. 481—488.
83. L. М. Najavits, *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse* (New York: Guilford, 2002).
84. R. А. Desai, I. Harpaz-Rotem, L. М. Najavits, and R. А. Rosenheck, «Impact of Seeking Safety Program on Clinical Outcomes Among Homeless Female Veterans with Psychiatric Disorders», *Psychiatric Services* 59 (2008). С. 996—1003; D. А. Hien, L. R. Cohen, G. М. Miele, L. C. Litt, and C. Capstick, «Promising Treatments for Women with Comorbid PTSD and Substance Abuse Disorders», *American Journal of Psychiatry* 161 (2004). С. 1426—1432; L. М. Najavits, R. D. Weiss, S. R. Shaw, and L. R. Muenz, «‘Seeking Safety’: Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence», *Journal of Traumatic Stress* 11 (1998). С. 437—456.
85. М. Mendelsohn, J. L. Herman, E. Schatzow, М. Coco, D. Kallivayalil, and J. Levitan, *The Trauma Recovery Group: A Guide for Practitioners* (New York: Guilford, 2011).
86. Там же. С. 103.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

КОШМАР (акроним) 156

СТРАХ (акроним) 156

«1984» (Оруэлл) 103

А

Абдулалли, Сохайла 12, 60, 243

Автономия 75, 76, 88, 90, 91, 105,
106, 113, 132, 144, 171, 201, 211, 218

Авторство в своей жизни 7, 8, 169,
203, 206, 219, 240, 245, 249, 263,
272, 274

Аггер, Ингер 199, 226, 228

Агорафобия 160, 165

Адаптация 14, 16, 52, 62, 81, 82, 88,
116, 127, 135, 141, 143, 147, 244

Адлер, Джеральд 142

Администрация (министерство) по
делам ветеранов США 308

Адреналин 53, 59, 246, 253,

Алкоголизм 66, 216, 314

Американская психиатрическая
ассоциация 314

Амитал натрия 43, 233

Амнезия 21, 26, 43, 67, 69, 128, 134,
157, 161, 230, 231, 277, 297, 300,
312, 313

Англия 24, 32, 55

Анестезия 64, 65

Анна О 27, 33, 35

Анонимные алкоголики
(общество) 216, 217

Анорексия 128, 177, 238, см. также

Расстройства пищевого поведения

Антивоенное движение 24, 44, 45,
304, 321

Аргентина 102, 117

Арендт, Ханна 102, 260

Армия 37, 65, 79, 83, 109, 130, 248,
304, 305, 307, 308, 310

Б

Бегство 33, 53, 107, 120, 123, 193,
217, 254, 313, 327

Беженцы 12, 116, 183, 199, 215, 226,
244, 262, 268, 284

Безопасность 8, 25, 39, 46, 68, 74, 79,
86–88, 102, 127, 131, 140, 162, 170,
195, 196, 200, 201, 203, 204, 207–
212, 214–218, 220, 227, 245, 247, 260

«Бей или беги», реакция 55, 247

Бензодиазепины 202

Берджесс, Энн 49, 70, 82, 88, 99

Бертольд, Пауль 35, см. Паппенгейм,
Берга

Беспомощность 52, 53, 62, 64, 66,
70, 72, 76, 80, 83, 104, 107, 113, 121,
125, 127, 130, 132, 134, 150, 157,
170, 174, 175, 180–182, 184, 193,
231, 245, 254

Бессонница, диагноз 49, 66, 115, 125,
154, 159, 197

Биб, Дж. У. 42

Ближний Восток 35
 Близость 46, 50, 75, 80, 88, 133, 159,
 169, 218, 231, 239, 255, 256, 267,
 290, 318, 324
 Блисс, Юджин 185
 Бог 75, 78, 80, 106, 113, 125, 126,
 155, 182, 194, 259, 312
 Боевой невроз 24, 37, 38, 41, 43, 46,
 50
 «Бомбардировка любовью»,
 метод 111
 Борман, Линда (псевд. Линда
 Лавлейс) 108, 124
 Брайер, Джеффри 159
 Браунмиллер, Сюзан 48
 Бред величия 139
 Брейер, Йозеф 27, 28, 33–35, 222
 Бриер, Джон 159
 Брик, Поль 163
 Брошенность 123, 125, 133, 145,
 174
 Бубер, Мартин 35
 Бурнвиль, Дезире 31
 Бьюи, Дэн 182
 Бьюэл, Сара 259, 261

В

Ведение дневника 201, 209, 212
 см. также Ежедневные журналы
 наблюдений
 Вера 74, 76, 78–80, 103, 110, 113,
 125, 133, 139, 158, 194, 241, 244,
 265
 Верность 39, 86, 103, 107–109, 112,
 122, 282, см. также Лояльность
 Ветераны 12, 16, 40, 41, 44–46, 49,
 50, 55–58, 61, 65–68, 71, 73, 75, 76,
 78, 79, 81–83, 88–94, 96, 97, 116,
 171, 175, 176, 188, 202, 207, 221,
 226–228, 236, 240, 248, 259, 260,
 266–268, 285, 286, 305–309, 315,
 321, 326, 332
 «В защиту прав женщин», трактат
 М. Уолстонкрафт 35
 Визель, Эли 112, 125
 Викимизация, психологический
 эффект 16, 50, 83, 137, 145, 146,
 151, 153, 159, 164, 176, 204, 245,
 258, 310, 316
 Вина 39, 73, 77, 80, 88, 91,
 94, 95, 134, 135, 157, 184, 185,
 216, 222, 229, 240–242, 248, 249,
 323
 Властные фигуры 145
 Власть 9, 23, 30, 32, 38, 44, 48, 62,
 63, 76, 85, 89, 102, 104, 107, 108,
 111, 130, 132, 133, 145, 147, 153,
 158, 169–173, 177, 179, 181, 182,
 198, 200, 203, 206, 207, 219, 236,
 237, 240, 241, 245, 247, 249, 253,
 262, 268, 272, 281, 295, 297, 299,
 311, 316, 322
 «Внутренние схемы» (Горовиц) 62
 Вовлеченность 15, 33, 48, 123, 179
 Военнопленные 109, 116, 119, 126,
 150, 151, 307
 Вознаграждения 106, 107, 111, 129,
 137
 Война во Вьетнаме 71, 175, 248, 260,
 266, 306, 308
 «Волшебная таблетка»,
 концепция 196
 Воображение 23, 78, 127, 251, 252,
 258, 284, 287
 Воспоминания 15, 27, 39, 43, 53, 54,
 57–59, 63, 67, 68, 72, 92, 116, 117,
 119, 135, 141, 145, 174, 195, 196,
 212, 215–222, 224–227, 229–233,
 235, 238, 241, 243, 253, 256, 262,
 264, 275–278, 280, 281, 285, 286,
 300–302, 312, 313, 326, 327
 Всемогущество 181, 191
 Вторая мировая война 41–43, 55, 65,
 71, 82, 86, 116

Г

Гелинас, Дениз 159
 Героизм 97, 109
 Гибкость стр.
 Гипноз 171, 189, 191, 272
 Глумление над трупами 84
 Голодовки 106, 107, 114
 Гордость 114, 199, 213, 235, 254, 264, 282, 332
 Горевание 95, 96, 228, 250, 235, см. также Оплакивание
 Горовиц, Марди 62, 74, 248
 Городская больница Бостона 49
 Госпитализация 61, 177, 205, 214, 217, 227
 Грейвз, Роберт 38, 54
 Гринкер, Рой 42, 43, 55, 66, 68
 Групповая терапия/
 психотерапия 230, 233, 266, 287, 288, 330, 332–334
 Гудвин, Джин 156, 185, 192, 247
 Гундерсон, Джон 209

Д

Давидович, Люси 151
 Даниели, Яэль 172, 179, 234, 268, 284
 Даннинг, Кристина 271
 Двоемыслие 15, 18, 117, 119, 133, 148
 Дебрифинги 270, 271
 «Декларация солдата» 38
 Демократия 30, 32, 46, 51, 298
 Депрессия 73, 79, 82, 96, 125, 128, 142, 150, 154, 160, 161, 184, 197, 202, 210, 213, 228, 238, 240, 314, 316, 317, 332, 334
 Джеймс, Уильям 25, 32
 Дженсен, Дэйв 58
 Диктатура 46, 117, 296–298
 Димсдейл, Джоэл 107

«Дискуссионные кружки»,
 организации 44
 Диссоциация 54, 65–68, 116–118, 131, 134, 135, 156, 159, 161, 191, 254, 293, 294, 299, 304, 316, 320, 324, 332, 334
 Доверие 14, 15, 22, 25, 34, 46, 58, 74, 75, 78–80, 86, 87, 123, 124, 127, 133, 144, 150, 158, 165, 169, 173, 175, 182, 188, 194, 196, 201, 209, 210, 218, 241, 254, 282, 286, 298, 301, 309, 311, 312, 325
 Домашнее/бытовое/семейное
 насилие 7, 8, 15, 24, 40, 48, 50, 52, 87, 90, 98, 102–105, 107, 108, 110, 111, 115, 121, 122, 126, 151, 153, 157, 163, 211, 214, 244, 259, 266, 268, 299, 300, 321
 Домашние задания 201, 212, 329
 Достоверность 192, см. также Правда
 Дружеские отношения/дружеские
 связи 108, 122, 194
 Дю Буа, Кора 40

Е

Евреи 265, см. также
 Концентрационные лагеря

Ж

Жане, Пьер 25
 Жизненный цикл 74, 243

З

Заложники 70, 101, 103, 104, 106, 110, 122, 150, 151, 157, 176
 Замаскированное проявление
 травматического синдрома 197
 Защита 25, 28, 35, 69, 75, 83, 84, 86–88, 127, 132, 134, 136, 139, 142, 145, 149, 152, 158, 177, 189, 203, 205, 207, 231, 259, 265, 271, 273, 284, 301, 315, 316, 318, 323, 324, 330

Заявления о преступлениях 206, 207
 Зигенмайер, Нэнси 80, 204
 Зиглер, Патрисия 189
 Зло 62, 92, 103, 121, 124, 138, 222,
 226, 258, 262, 264, 282
 Злоупотребление психоактивными
 веществами 66, 166, 171, 208,
 217, 272, 316, 328, 334, см. также
 Алкоголизм, Наркомания
 Зрелость 194, 307

И

Идеализация 139, 158, 174
 Идентификация 173, 177, 183, 184
 Идентичность 11, 75, 80, 85, 116,
 124, 125, 128, 129, 133, 138–141,
 143, 144, 149
 Идея фикс 57
 Избегание 55, 63, 64, 67–69, 71, 116,
 132, 180, 191, 215, 220, 229
 Изнасилование 16, 46–50, 52, 60, 64,
 68, 70, 72, 74, 77, 80, 82, 84–88, 90–
 93, 95, 98–100, 105, 106, 135, 145,
 154, 176, 180, 201, 202, 204, 206,
 207, 224, 243, 248, 261, 262, 270,
 287, 291, 292, 299, 308–310, 322, 323
 Именованное и реконструированное
 истории 8, 220, 222
 «Индивид и его общество»,
 антропологический труд д-ра Буа и
 Кардинера 40
 Индивидуация 141
 Интеграция 66, 69, 97, 139, 140,
 194–196, 208, 218, 226, 232, 264,
 268, 283
 Интрузия/интрузивные
 симптомы 55, 56, 62, 63, 66, 67, 69,
 70, 71, 99, 116, 125, 180, 191, 197,
 202, 207, 217, 220, 228, 229, 270,
 286, 297
 Интуиция 191
 Инфантильность 122

Инцест 12, 15, 17, 28, 50, 60, 128,
 133, 137–139, 145, 147, 170, 178,
 210, 215, 223, 230, 231, 237, 238,
 244, 250, 252, 259, 260, 264, 266,
 267, 271, 274, 277, 281–283, 285,
 286, 288, 301

«Истериические расстройства
 военного времени», трактат
 Йелланда 37

Исцеление 62, 80, 86, 95, 97, 200,
 214, 215–218, 226, 230, 235, 237,
 239, 242, 259, 296–298

Й

Йелланд, Льюис 37
 Йенсен, Сорен 199, 226
 Йом-Кипур 107

К

«К этиологии истерии», статья
 Фрейда 28, 29, 34
 Каин 92
 Кард, Жозефина 66
 Кардинер, Абрам 40–43, 45, 54, 55,
 57, 67, 71, 79, 170, 173
 Кармен, Элейн (Хилберман) 141,
 214, 215
 Катарсис 27, 98, 216, 226, 236, 262,
 275
 Католическая церковь 30, 311, 324
 КГБ 107
 Кернберг, Отто 73, 174, 176, 186
 Кин, Теренс 12, 89, 188, 221
 Клафт, Ричард 233
 Клиника для беженцев из
 Индокитая 183
 Колб, Лоуренс 56, 155
 Колдовство 31
 Колк, Бессел ван дер 12, 13, 59, 66,
 313, 327
 Коммуникация 83, 108, 110, 176,
 196, 221, 222, 294

Компенсация 96, 98, 99, 207, 237, 238, 240, 260, 299, 300
 Компетентность 13, 77, 138, 169, 175, 180
 Контроль 26, 48, 52, 53, 76, 77, 80, 83, 90, 91, 101–106, 109, 111, 114, 119, 124, 127–129, 131, 132, 141, 144, 146, 149, 157, 170, 173, 181, 188, 189, 200–203, 209–212, 214, 215, 217, 233, 241, 244–247, 256, 276, 282, 284, 287, 299, 310, 314
 Контрперенос 178–187, 189
 Концентрационные лагеря 16, 22, 101, 104, 107, 112, 119, 124, 157, 265
 Кошмарные сны/кошмары 38–40, 49, 55–57, 59, 66, 71, 80, 115, 116, 125, 128, 179, 200, 204, 212, 216, 228, 229, 231, 270, 280
 Креативность 281
 Кривые «доза-эффект» для травматического воздействия 81
 Кризисное вмешательство 203, 204, 207, 270
 Кристал, Генри 113, 182, 184
 Кунс, Филипп 149

Л

Лато, Луиза 31
 Леви, Примо 119, 126, 265
 Лекарственные средства/
 лекарства 154, 200, 202, 203, 209, 213, 223
 Лессинг, Дорис 57, 72, 77, 78, 96, 248, 308
 Листер, Эрик 174
 Литий 202
 Лифтон, Роберт Джей 44, 48, 66
 Лишение свободы 101, 110, 116, 118–121, 123, 124, 125, 151, 157, 198, 240
 Любовь 39, 74–76, 103, 107, 111, 135, 145, 146, 187, 212, 236–239, 241, 254, 259, 262, 267, 285, 318

М

Мазохизм 146, см. также Садомазохизм
 Мазохистическое расстройство личности 153, 154, 156
 Майерс, Чарльз 36
 Маккиннон, Кэтрин 98
 Манихейское объяснение 62
 Медитация 117, 333
 Международная амнистия 104
 Международная классификация заболеваний 157, 314
 Международный конгресс по правам женщин 32
 Международный трибунал по преступлениям против женщин 47
 Месть 8, 29, 84, 90, 114, 158, 175, 235–237, 260, 282, 283
 Метод «маринования» 104
 Метод свидетельских показаний 227, 228
 Миссия выживших 257, 258, 260
 Молитва 117
 Моллика, Ричард 183, 226, 268
 Молтсбергер, Джон 182
 Морфин 65, 66, см. также Эндогенные опиоиды
 Мохамед, Элейн 118
 Мур, Ширли 232
 Мученичество 139

Н

Надежда 36, 41, 60, 106, 118, 119, 133, 136, 141, 144, 193, 205, 226, 237–239, 242, 243, 250–252, 259, 262, 264, 268, 272, 275, 281, 287, 295, 323
 Надзор 105, 108, 132
 Наказание 37, 119, 121, 126, 131, 134, 260, 282, 298, 322
 Наркосинтез, метод 43
 Наркотики 66, 213, 303, 307, 314, см. также Эндогенные опиоиды; Морфин

Нарушения памяти 300, 312, 313
 Нарушения прав человека 291, 298, 299, 321, 323
 Нарушения сна 286
 Национальное исследование
 реадaptации ветеранов
 Вьетнама 66, 306, 307
 Национальный институт психического
 здоровья 48, 315
 Негативизм 37
 Независимость 140, 144, 254
 Нейтральность 172, 302
 Ненависть к врагу 39
 Нервные срывы 36, 42, 72
 Нидерленд, Уильям 125, 155
 Норман, Майкл 44, 88, 257
 Нэш, Джеймс 268

О

Обвинение 108, 150, 206, 215, 248, 260, 262, 300, 301, 309, 323
 Обольщение 102
 О'Брайен, Тим 58, 76, 175
 Общность 50, 194, 263, 265, 267, 289, 290, 297, 309, 334
 Операция «Охват», программа
 психологического лечения 45
 Опиаты 65, 66, см. также Эндогенные
 опиоиды, Морфин, Наркотики
 Оплакивание 8, 95, 96, 195, 196, 219, 229, 234–237, 239, 241, 242, 269, 273, 276, 281, 282, 297, 331, 335
 Организация личности 140, 152
 Оруэлл, Джордж 15, 103, 117, см.
 также Двоемыслие, «1984»
 Освенцим см. также
 Концентрационные лагеря
 Ответственность 112
 Отзеркаливание 267
 Отрицание 14–16, 22, 23, 30, 43, 46, 94, 117, 119, 134, 153, 165, 191, 192, 198, 249, 261, 298, 299, 321
 Отрочество 143, 255, 307
 Отчаяние 39, 75, 87, 133, 158, 178, 183, 194, 240, 241, 265
 Отчуждение 45, 75, 87, 91, 201, 229, 254, 282, 305
 Оуэн, Уилфред 229.
 Ощущение времени 64

П

Паппенгейм, Берта, см. также Анна О.
 Паранойя 102, 159
 Парсон, Эрвин 274
 Партной, Алисия 117
 Пассивность
 Патнэм, Фрэнк 162, 177, 178, 180, 196, 315, 316
 Патриотизм 39
 Пацифизм 39
 Первая мировая война 24, 36, 41, 52, 57, 96
 Перенос 171, 173–179, 181, 185, 187, 189, 190, см. также Травматический
 перенос
 Переходные объекты 109, 190
 Питман, Роджер 66
 Повторение 115, 123, 144–146, 154, 159, 164, 176, 188, 243, 251, 256, 258, 297
 Повышение осознанности 46, 47, 49, 291
 Пограничное расстройство
 личности 7, 160–163, 165, 173, 174, 178, 185, 186, 209, 210, 320, 330
 Подавление 15, 23, 68, 70, 116, 134, 202, 220, 294
 Подозрительный несчастный
 случай 126
 Поиск козла отпущения 136
 Покорность 103, 105, 106, 114, 122, 124, 130, 151, 161

см. также Политические
 заключенные/политзаключенные 16,
 103, 104, 106–108, 120, 122, 131, 227
 Полицейские 49, 122, 180, 271, 299
 Порнография/порнографические
 фильмы 48, 59, 103, 104, 108, 113,
 131
 Послушание 103, 121, 132, 262, см.
 также Покорность
 Посттравматическая игра 60
 Посттравматические симптомы 72,
 73, 79, 99, 199, 201, 213, 231, 236,
 245, 262
 Посттравматический синдром 63, 67,
 81, 152, 160, 163, 164, 176
 Посттравматическое (стрессовое)
 расстройство 38, 45, 46, 50, 52,
 55, 56, 64, 78, 81, 82, 85, 89, 115,
 116, 126, 154–157, 163, 171, 179,
 196, 197–200, 202, 204, 227–229,
 234, 264, 285, 305, 324, 331
 Похищения 69
 Права женщин 32, 33, 35, 303, 323
 «Права женщин», пьеса
 Уолстонкрафта 35
 Правда 14, 15, 22, 43, 46, 76, 96, 124,
 133, 176, 187, 188, 193, 214, 225,
 226, 249, 255, 259, 261, 297, 302
 Правовая система 99, 201, 207, 299
 Предательство 9, 58, 78, 112, 129,
 132, 133, 145, 228, 240, 309–312,
 322
 Принуждение 90, 98, 104, 112, 113,
 119, 131, 173
 «Принцип завершения» 62
 Пропранолол 202
 Проституированные люди 120, 123,
 150
 Прощение 105, 136, 235–237
 Психическое онемение 14, 49, 55,
 64, 67, 71, 156, 186, 191, 224, 229,
 297, 327

Психоанализ/психологический
 анализ 27, 30, 40, 177
 Психодрама 233
 Психопатология, концепция 65, 85,
 141, 151, 152, 155
 Психотизм 159

Р

Рабство 50, 298
 Расселл, Диана 48, 145
 Расселл, Пол 63
 Расстройства пищевого
 поведения 208, 217, 272
 Расстройство множественной
 личности 128, 149, 160–163, 165,
 177, 178, 180, 185, 195, 196, 198,
 233, 286
 Ратушинская, Ирина 105
 Реконструирование историй 8, 63,
 220, 222
 Релаксация 200, 232
 Религиозные секты 101–103, 105,
 111, 121, 124, 131, 157
 Риверс, У. Х. Р. 38–40, 42
 Рикер, Патрисия 141
 Риск 60, 69, 73, 77, 83, 85, 86, 89,
 94, 109, 123, 145, 164, 179, 185, 189,
 203, 207, 209, 217, 239, 241, 248,
 268, 270, 275, 302, 307, 310, 317,
 319, 321, 324
 Рише, Поль 31
 Рише, Шарль 32
 Роботизация 113
 Розенкоф, Маурисио 120, 121
 Роудс, Ричард 144, 263, 289

С

Садомазохизм 252
 Саймон, Шэрон 12, 60, 231, 260
 Самозащита 53, 54, 95, 146, 158, 181,
 201, 208, 209, 211, 214, 217, 218,
 271, 287

Самоубийство 72, 73, 126, 143, 147, 212, 214, 238, 241, 306, 308, 314, 315, 320

Сарачайлд, Кэти 47

Сассун, Зигфрид 38, 39, 42

Сексуальное насилие 12, 15, 25, 28–30, 35, 47, 48–50, 59, 60, 64, 76, 93, 112, 135–137, 145, 147, 157, 159, 162, 163, 177, 180, 184, 186, 201, 209, 214, 224, 242, 245, 253, 259, 277, 292, 299, 300, 310–312, 314, 315, 317, 318, 320–323

Сексуальность 28, 30, 91, 157, 287

Семья 12, 16, 46, 74, 80, 90, 101, 104, 133, 139, 148, 163, 204, 206, 214, 231, 244, 249, 250, 262, 270, 278, 279, 282, 284, 287, 307, 319

Симондс, Мартин 122, 170

Сирлс, Гарольд 186

Система поддержки 8, 187, 191, 193

Скорбь 43, 96, 97, 142, см. также
Оплакивание

Секретность 46, 129, 132, 133, 250, 311, 335

Смит, Кен 12, 61, 68, 97, 259, 266

Смит, Септимус 75

Сны/сноведения 57, 59, 63, 64, 66, 71, 105, 115, 116, 125, 141, 166, 179, 200, 201, 228, 229, 231–234, 270, 274, 277, 278, 305, 62, 298, 311

Соматизированное расстройство 160–163

Сообщество 8, 16, 41, 74, 78, 79, 96, 97, 99, 172, 265, 270, 274, 295–297, 299, 317, 319, 332

Соппротивление 49, 53, 63, 94, 105–107, 109, 113, 114, 126, 129, 132, 150, 235, 321

Сострадание 11, 72, 79, 82, 95, 107, 237, 241, 254, 267, 320, 332

Соулт, Мелисса 12, 256, 284

Соучастие 248, 298

Спасение 32, 35, 67, 77, 79, 95, 101, 129, 137, 144, 145, 174, 177, 178, 198, 208, 248

Способность к суждению 83, 210

Справедливость 78, 96, 98, 99, 145, 207, 223, 236, 237, 260, 261, 297–300, 309, 322, 323

Старк, Эван 171

Стереотипы 148, 219

Стоун, Майкл 244

Стресс 69, 81, 83, 84, 116, 140, 144, 156, 159, 183, 263, 270, 292, 294, 295, 307, 316, 324

Т

Танай, Эмануэль 155, 176

Терапевтический альянс 164, 173, 179, 183, 187, 191, 199, 203, 212, 216, 255, 327, 331

Терр, Ленор 58, 59, 69, 81, 156

Терроризм 117, 303

Тимерман, Якобо 113, 114, 123, 124

«Травматические неврозы военного времени», статья Кардинера 41

Транквилизаторы 202, 210

Трансовые состояния 117, 118, 254

Тревожность 55, 56, 70, 71, 142, 145, 154, 159, 197, 227, 228

У

Убийство 45, 72, 73, 77, 84, 92, 97, 126, 129, 136, 148, 150, 172, 180, 183

Угрозы 36, 37, 52, 53, 60, 70, 73, 79, 97, 104, 105, 125, 129, 130, 132, 133, 142, 147, 150, 180, 205, 206, 211, 245, 246–247, 297, 305, 310

Узники совести 109, 110, 119, 258

Укрытия 131
 Универсальность 226, 266, 273, 284
 Унижение 28, 29, 46, 80, 91, 112,
 117, 175, 224, 226, 231, 235, 237, 263
 Уокер, Джон 268
 Уокер, Ленор 50, 104, 107
 Волстонкрафт, Мэри 35

Ф

Фаза «примирения» 107
 Фантазии 30, 48, 69, 86, 103, 136,
 174, 175, 185, 186, 190, 191, 208,
 226, 235–238, 241, 248, 251, 252,
 256, 282, 283, 301, 303
 Фауст 182
 Феминистки 7, 8, 11, 17, 24, 32, 33,
 35, 47–50, 170, 299, 300, 308
 Ференци, Шандор 141
 Ферри, Жюль 31
 Физионевроз 55, 163, 200, 229,
 286
 Физическое насилие 53, 82, 104, 107,
 112, 129, 130, 146, 157, 159, 162,
 163, 176, 310, 314, 320
 Флисс, Вильгельм 34
 Флиткрафт, Энн 200, 201, 222
 Флешбэки 56, 90, 116, 216, 228, 229,
 231, 270, 286, 287, 294
 Фобии 154, 243
 Фрейд, Зигмунд 15, 25–30, 34, 35, 40,
 46, 48, 57, 61, 62, 73, 127, 128, 141,
 199, 219, 222, 230, 309
 Фрейзер, Сильвия 128, 135, 288
 Фридан, Бетти 46

Х

Хаас, Энн 66, 73, 94
 Харви, Мэри 11, 264
 Хейли, Сара 89, 183
 Хендин, Герберт 66, 73, 94
 Херст, Патрисия 106, 109, 114, 124,
 150

Хильгард, Эрнест 65
 Хилл, Элеонора 139, 142
 Хиришман, Лиза 15
 Хольмстрем, Линда 49, 70, 82, 88, 99
 Хроническая травма 115, 116, 119,
 125, 152, 159, 176, 218, 241
 Хроническое насилие 115, 129, 140,
 142, 144, 150, 152, 200, 208, 229, 234

Ч

Честность 12, 13, 172, 175, 191, 194

Ш

Шалев, Арье 233
 Шарко, Жан-Мартен 24–26, 28,
 30–33, 163
 Шатан, Хаим 44, 96
 Шатзоу, Эмили 11, 13, 274, 277, 278,
 334
 Шенгольд, Леонард 141, 183, 241
 Шизофрения 161, 165, 166
 Шпигель, Герберт 12, 42, 43, 86
 Шпигель, Джон 42, 43, 55
 Шпигель, Дэвид 65

Щ

Щаранский, Натан 107, 110, 258

Э

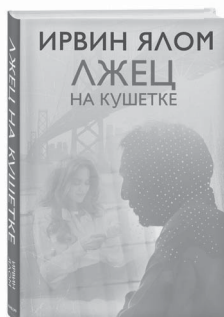
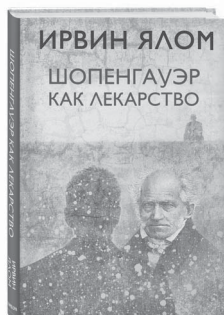
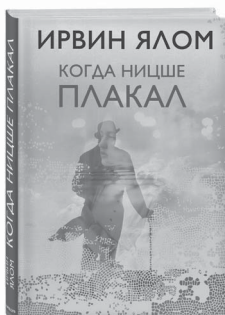
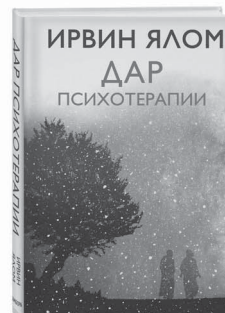
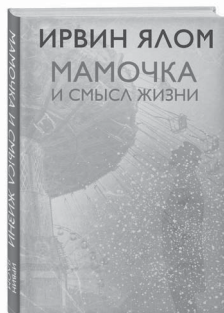
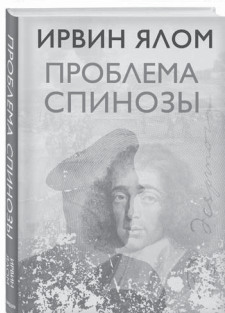
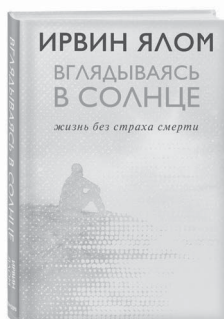
Эйтингер, Лео 22
 Эйхман, Адольф 102
 Экзорцизм 31, 216, 226
 Эндогенные опиоиды 66
 Эппл, Дж. У. 42
 Эстрич, Сюзан 100

Я

«Я», концепция 74, 75, 80, 115, 124,
 125, 129, 133, 135, 136, 138–140,
 142, 163, 164, 234, 244, 251, 252–
 254, 285
 Ялом, Ирвин 160, 266, 267
 Ящик Пандоры 149

СЕРИЯ

ИРВИН ЯЛОМ. Легендарные книги



Ирвин Ялом — известный во всем мире психотерапевт, психиатр, профессор Стэнфордского университета. Его книги сочетают в себе увлекательный сюжет и серьезный психотерапевтический анализ.

УЖЕ
В ПРОДАЖЕ!

БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Алис Миллер

ТЕЛО НЕ ВРЕТ

Родительская жестокость не всегда выражается в побоях. К ней относится и недостаток заботы, игнорирование потребностей и переживаний детей, бессмысленные наказания и унижения. Список бесконечен, но что самое плохое — так это то, что ребенок даже во взрослом возрасте должен прятать свои настоящие эмоции и безоговорочно уважать родителей, несмотря ни на что. Это правило и норма, принятая в обществе. Но дистанцирование от своих истинных чувств приводит к конфликту разума и тела, ведь последнее не может убедить себя любить то, отчего ему больно. Книга известного швейцарского психоаналитика поможет понять свои подавленные чувства и достичь гармонии между душой и телом.



f vk @ bomborabooks
#bomborabooks

УЖЕ
В ПРОДАЖЕ!

БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Жасмин Ли Кори

МАМИНА НЕЛЮБОВЬ

В жизни не так много переживаний, настолько же глубоких, как чувства, которые мы испытываем к нашим матерям. Корни некоторых этих чувств теряются в темных тайниках доречевого опыта. Ветви расходятся во все стороны, одни несут дивные, пропитанные солнцем моменты, а другие обломаны, с острыми и занозистыми краями, за которые мы постоянно цепляемся. Мать — не простая тема. Мы защищаем образ матери внутри себя, защищаем наши хрупкие с ней отношения путем отрицания всего, что могло бы его расшатать, и защищаем себя от разочарования, злости и боли, которые вытесняем из сознания. В своей книге психотерапевт Жасмин Ли Кори рассказывает, как исцелиться от детских психологических травм и стать уверенным в своих силах любящим взрослым.



УЖЕ
В ПРОДАЖЕ!

БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Уильям Р. Миллер,
Стивен Роллник

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Большинство людей, которые хотят измениться, испытывают двойственность по отношению к перемене. Они видят причины измениться и причины не меняться. Они одновременно хотят измениться и не хотят этого. Такова человеческая природа. Мотивационное консультирование — психологический метод, который формирует у человека желание изменить что-то в своей жизни. Монография У. Р. Миллера и С. Роллника, создателей метода — фундаментальная работа, которая в доступной форме с примерами раскрывает его сущность, ключевые навыки и формулирует конечную цель.

Эта книга стала классикой, а техника мотивационного консультирования покорила весь мир.



f vk @ bomborabooks
#bomborabooks

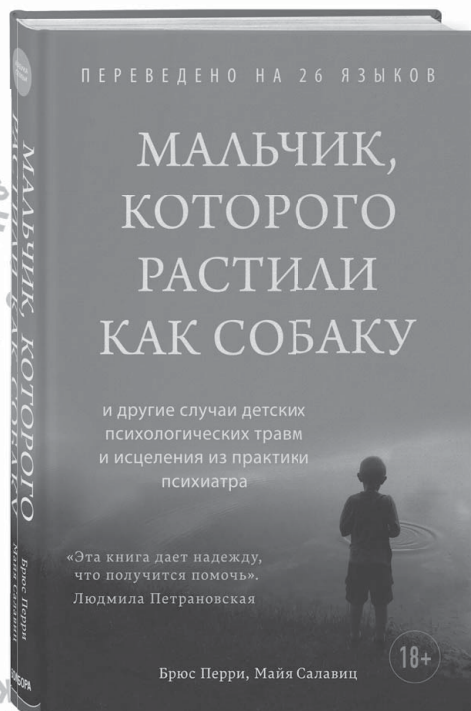
УЖЕ
В ПРОДАЖЕ!

БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Брюс Перри

МАЛЬЧИК, КОТОРОГО РАСТИЛИ КАК СОБАКУ

Новое издание мирового бестселлера о детской травме, переведенного на 26 языков. Известный психиатр Брюс Перри рассказывает десять историй своих маленьких пациентов, которые пережили страшные потрясения: стали жертвами физического или сексуального насилия, свидетелями убийств, воспитывавшимися в секте или пережившими геноцид. Случаи из его практики и многолетние научные исследования доказывают: психологические травмы имеют колоссальное влияние на развитие ребенка и его психику, и дети ничего не забывают, как считали специалисты раньше. Но своевременная и профессиональная помощь может вернуть таких детей к нормальной жизни и позволить им вырасти здоровыми взрослыми. В своей книге доктор Перри раскрывает удивительные способности мозга и психики к восстановлению



УЖЕ
В ПРОДАЖЕ!

БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

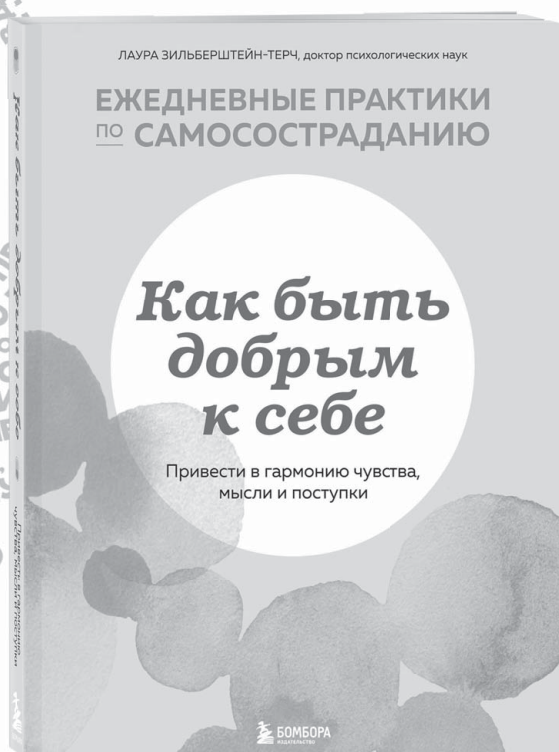
Лаура Зильберштейн-Терч

КАК БЫТЬ ДОБРЫМ К СЕБЕ

Привести в гармонию чувства, мысли и поступки

В современном мире ценится достижение целей любой ценой, и мы должны быть все более продуктивными и стрессоустойчивыми, и при этом не испытывать плохих эмоций. Но подобный подход крайне негативно сказывается на нашем внутреннем состоянии, мешая нам жить полноценной и счастливой жизнью.

Эта книга призвана помочь нам относиться к себе с любовью, заботой и сострадательным пониманием. Она о том, как стать самому себе лучшим другом — относиться к своим мыслям, эмоциям, к своему телу по-доброму, стараясь помочь, а не исправить. Самосострадание — основная тема этой книги, и ключ к тому, чтобы позволить себе быть самим собой и полюбить себя.



f vk @ bomborabooks
#bomborabooks

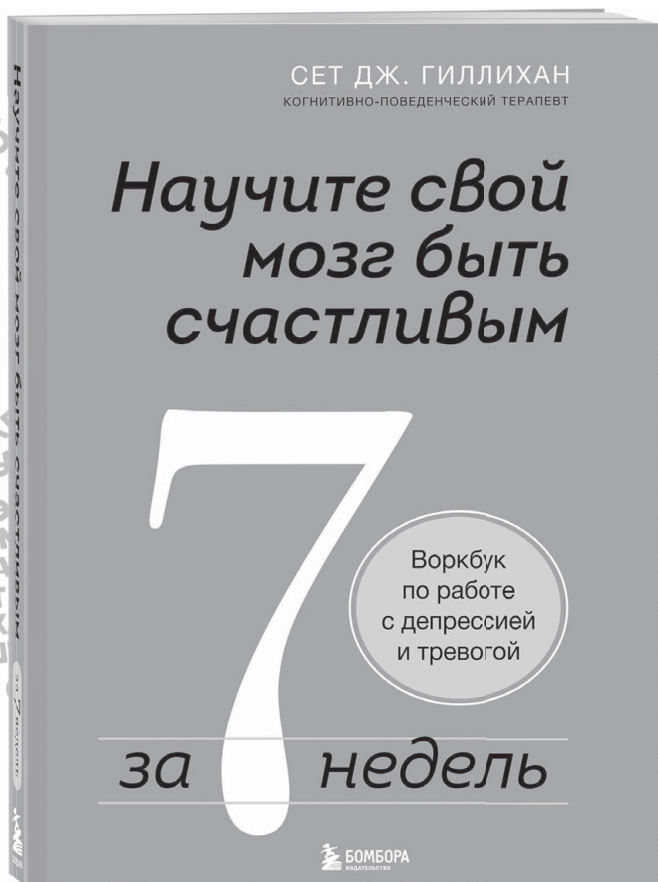
БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Сет Дж. Гиллихан

НАУЧИТЕ СВОЙ МОЗГ БЫТЬ СЧАСТЛИВЫМ ЗА 7 НЕДЕЛЬ

Воркбук по работе с депрессией и тревогой

Депрессия или тревога, постоянная или нерегулярная, может осложнить нашу повседневную жизнь, а порой и сделать ее невыносимой. Психотерапевт Сет Дж. Гиллихан уже 15 лет специализируется на работе с тревогой и депрессией. Он успешно применяет когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), помогая клиентам в тех случаях, когда предыдущие методы лечения потерпели неудачу.



f vk  **bomborabooks**
#bomborabooks

УЖЕ
В ПРОДАЖЕ!

БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Роберт Колкер

ЧТО-ТО НЕ ТАК С ГЭЛВИНАМИ

Идеальная семья, разрушенная безумием

Гэлвины казались образцовой американской семьей. Отец — военный, мать-домохозяйка, оба активно участвуют в общественной и светской жизни штата и страны. Двенадцать детей — десять мальчиков и две девочки — гордость семьи, они талантливы и подают большие надежды. Внезапно старшему сыну, успешному студенту университета, ставят диагноз «шизофрения». В течение нескольких лет еще у пятерых сыновей Гэлвинов обнаруживается это серьезное заболевание. Дальше начинается ад: оказывается, за идеальным фасадом скрывалась далеко не идеальная жизнь: физическое и сексуальное насилие, абьюз, наркотики — но родители, Дон и Мими, до последнего закрывали глаза на происходящее. Всё это неминуемо приводит к трагичным последствиям и разобщению членов семьи.

На протяжении нескольких десятилетий ученые, психиатры и генетики бьются над загадкой семьи Гэлвинов, выдвигая самые разные гипотезы. Но удастся ли им найти ответ и подарить надежду миллионам людей?



УЖЕ
В ПРОДАЖЕ!

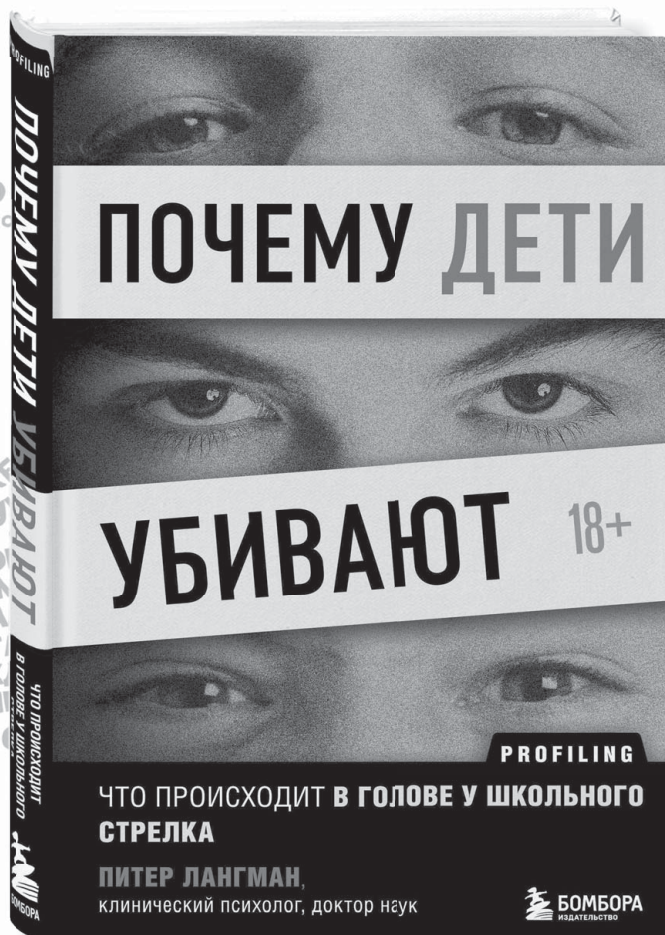
БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Питер Лангман

ПОЧЕМУ ДЕТИ УБИВАЮТ

Что происходит в голове у школьного стрелка

В конце 1990-х годов массовое убийство в школе Колумбайн шокировало весь мир. С тех пор стрельба в школе стала своего рода эпидемией и давно вышла за границы США. Клинический психолог Питер Лангман проанализировал записи в блогах и дневниках, свидетельства одноклассников и учителей о школьных стрелках, чтобы попытаться ответить на вопрос: почему дети убивают?



f vk @ bomborabooks
#bomborabooks

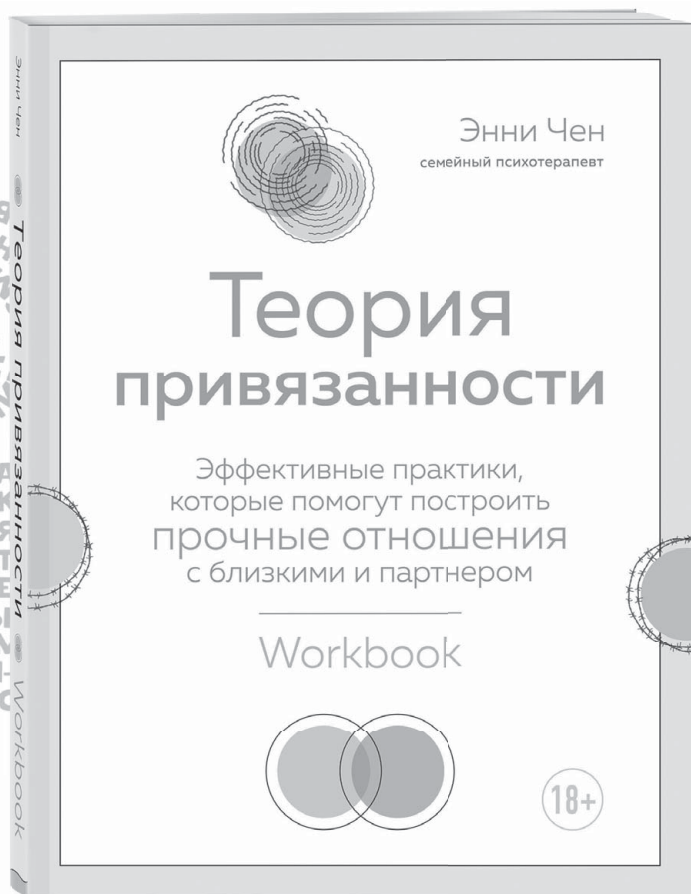
УЖЕ
В ПРОДАЖЕ!

БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Энни Чен

ТЕОРИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ

Что для вас самое важное в отношениях с близкими? Получаете ли вы желаемое? Какие конкретные шаги вы готовы предпринять, чтобы сделать ваши отношения более счастливыми и гармоничными? Это основные вопросы, на которые стремится ответить теория привязанности. По завершении работы с книгой — будете ли вы делать это в одиночку или с любимым человеком — вы начнете лучше понимать себя и своих близких. Делитесь полученными знаниями с друзьями и родственниками, чтобы открыть мир более здоровых и крепких отношений. А это именно то, что всем нам необходимо.



С Е Р И Я

ОСКОЛКИ ДЕТСКИХ ТРАВМ

КНИГИ, КОТОРЫЕ ЗАМЕНЯТ ПСИХОЛОГА



Книги известного немецкого психотерапевта Стефани Шталь помогут лучше понять себя, подружиться со своим «внутренним ребенком», создать крепкие отношения и стать счастливым.

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Издание для досуга

ТРАВМА И ИСЦЕЛЕНИЕ. ИСТОРИИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

Джудит Герман

**ТРАВМА И ИСЦЕЛЕНИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ ОТ АБЬЮЗА
ДО ПОЛИТИЧЕСКОГО ТЕРРОРА**

Главный редактор *Р. Фасхутдинов*
Руководитель направления *Л. Ошеверова*
Ответственный редактор *А. Парлашкевич*
Младший редактор *Ф. Макаревич*
Художественный редактор *О. Сапожникова*
Технический редактор *О. Куликова*
Компьютерная верстка *А. Москаленко*
Корректор *Н. Лин*

Страна происхождения: Российская Федерация
Шығарылған елі: Ресей Федерациясы

ООО «Издательство «Эксмо»

123308, Россия, город Москва, улица Зорге, дом 1, строение 1, этаж 20, каб. 2013.

Тел.: 8 (495) 411-68-86.

Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru

Өндіруші: «ЭКМО» АҚБ Баспасы,

123308, Ресей, қала Мәскеу, Зорге көшесі, 1 үй, 1 ғимарат, 20 қабат, офис 2013 ж.

Тел.: 8 (495) 411-68-86.

Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru.

Tayyar belrici: «Эксмо»

Интернет-магазин : www.book24.ru

Интернет-магазин : www.book24.kz

Интернет-дүкен : www.book24.kz

Импортёр в Республику Казахстан ТОО «РДЦ-Алматы».

Қазақстан Республикасындағы импорттаушы «РДЦ-Алматы» ЖШС.

Дистрибьютор и представитель по приему претензий на продукцию,

в Республике Казахстан: ТОО «РДЦ-Алматы»

Қазақстан Республикасында дистрибьютор және өнім бойынша арыз-талаптарды

қабылдаушының өкілі «РДЦ-Алматы» ЖШС.

Алматы қ., Домбровский көш., 3-а, литер Б, офис 1.

Тел.: 8 (727) 251-59-90/91/92; E-mail: RDC-Almaty@eksmo.kz

Өнімнің жарамдылық мерзімі шектелмеген.

Сертификация туралы ақпарат сайтта: www.eksmo.ru/certification

Сведения о подтверждении соответствия издания согласно законодательству РФ

о техническом регулировании можно получить на сайте Издательства «Эксмо»

www.eksmo.ru/certification

Өндірген мемлекет: Ресей. Сертификация қарастырылмаған

Дата изготовления / Подписано в печать 13.10.2021. Формат 70х100¹/₁₆.

Гарнитура «CharterC». Печать офсетная. Усл. печ. л. 32,41.

Тираж экз. Заказ

ISBN 978-5-04-114201-8



9 785041 142018 >



Москва. ООО «Торговый Дом «Эксмо»

Адрес: 123308, г. Москва, ул. Зорге, д. 1, строение 1.
Телефон: +7 (495) 411-50-74. **E-mail:** reception@eksmo-sale.ru

По вопросам приобретения книг «Эксмо» зарубежными оптовыми покупателями обращаться в отдел зарубежных продаж ТД «Эксмо»
E-mail: international@eksmo-sale.ru

International Sales: International wholesale customers should contact Foreign Sales Department of Trading House «Eksmo» for their orders.
international@eksmo-sale.ru

По вопросам заказа книг корпоративным клиентам, в том числе в специальном оформлении, обращаться по тел.: +7 (495) 411-68-59, доб. 2261.
E-mail: ivanova.ey@eksmo.ru

Оптовая торговля бумажно-беловыми и канцелярскими товарами для школы и офиса «Канц-Эксмо»:
Компания «Канц-Эксмо»: 142702, Московская обл., Ленинский р-н, г. Видное-2, Белокаменное ш., д. 1, а/я 5. Тел./факс: +7 (495) 745-28-87 (многоканальный).
e-mail: kanc@eksmo-sale.ru, сайт: **www.kanc-eksmo.ru**

Филиал «Торгового Дома «Эксмо» в Нижнем Новгороде
Адрес: 603094, г. Нижний Новгород, улица Карпинского, д. 29, бизнес-парк «Грин Плаза»
Телефон: +7 (831) 216-15-91 (92, 93, 94). **E-mail: reception@eksmonn.ru**

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Санкт-Петербурге
Адрес: 192029, г. Санкт-Петербург, пр. Обуховской обороны, д. 84, лит. «Е»
Телефон: +7 (812) 365-46-03 / 04. **E-mail: server@szko.ru**

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Екатеринбурге
Адрес: 620024, г. Екатеринбург, ул. Новинская, д. 2щ
Телефон: +7 (343) 272-72-01 (02/03/04/05/06/08)

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Самаре
Адрес: 443052, г. Самара, пр-т Кирова, д. 75/1, лит. «Е»
Телефон: +7 (846) 207-55-50. **E-mail: RDC-samara@mail.ru**

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Ростове-на-Дону
Адрес: 344023, г. Ростов-на-Дону, ул. Страны Советов, 44А
Телефон: +7(863) 303-62-10. **E-mail: info@rnd.eksmo.ru**

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Новосибирске
Адрес: 630015, г. Новосибирск, Комбинатский пер., д. 3
Телефон: +7(383) 289-91-42. **E-mail: eksmo-nsk@yandex.ru**

Обособленное подразделение в г. Хабаровске
Фактический адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 22, оф. 703
Почтовый адрес: 680020, г. Хабаровск, А/Я 1006
Телефон: (4212) 910-120, 910-211. **E-mail: eksmo-khv@mail.ru**

Филиал ООО «Издательство «Эксмо» в г. Тюмени
Центр оптово-розничных продаж Cash&Carry в г. Тюмени
Адрес: 625022, г. Тюмень, ул. Пермякова, 1а, 2 этаж. ТЦ «Перестрой-ка»
Ежедневно с 9.00 до 20.00. Телефон: 8 (3452) 21-53-96

Республика Беларусь: ООО «ЭКМО АСТ Си энд Си»
Центр оптово-розничных продаж Cash&Carry в г. Минске
Адрес: 220014, Республика Беларусь, г. Минск, проспект Жукова, 44, пом. 1-17, ТЦ «Outleto»
Телефон: +375 17 251-40-23; +375 44 581-81-92
Режим работы: с 10.00 до 22.00. **E-mail: exmoast@yandex.by**

Казахстан: «РДЦ Алматы»
Адрес: 050039, г. Алматы, ул. Домбровского, 3А
Телефон: +7 (727) 251-58-12, 251-59-90 (91,92,99). **E-mail: RDC-Almaty@eksmo.kz**

Украина: ООО «Форс Украина»
Адрес: 04073, г. Киев, ул. Вербовая, 17а
Телефон: +38 (044) 290-99-44, (067) 536-33-22. **E-mail: sales@forsukraine.com**

Полный ассортимент продукции ООО «Издательство «Эксмо» можно приобрести в книжных магазинах «Читай-город» и заказать в интернет-магазине: www.chitai-gorod.ru.
Телефон единой справочной службы: 8 (800) 444-8-444. Звонок по России бесплатный.

Интернет-магазин ООО «Издательство «Эксмо»
www.book24.ru

Розничная продажа книг с доставкой по всему миру.
Тел.: +7 (495) 745-89-14. **E-mail: imarket@eksmo-sale.ru**

ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ К НАМ!

БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

БОМБОРА – лидер на рынке полезных и вдохновляющих книг. Мы любим книги и создаем их, чтобы вы могли творить, открывать мир, пробовать новое, расти. Быть счастливыми. Быть на волне.

Мы в соцсетях:

f vk o bomborabooks **b** bombora
bomбора.ru

В электронном виде книги издательства вы можете купить на www.litres.ru

ЛитРес:
один клик до книг



ЧИТАЙ·ГОРОД

book 24.ru

Официальный
интернет-магазин
издательской группы
“ЭКМО-АСТ”

ЛУЧШИЕ КНИГИ О БИЗНЕСЕ С ЛОГОТИПОМ ВАШЕЙ КОМПАНИИ? ЛЕГКО!

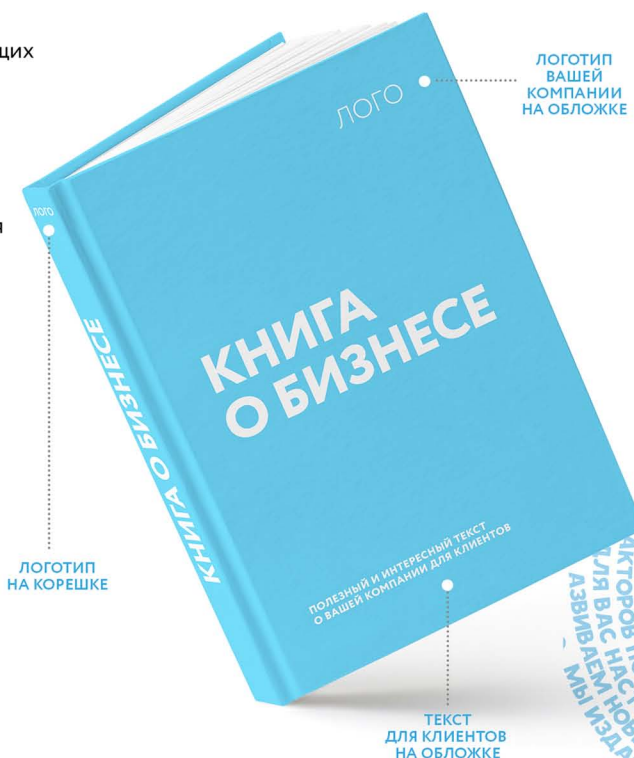
Удивить своих клиентов, бизнес-партнеров, сделать памятный подарок сотрудникам и рассказать о своей компании читателям бизнес-литературы? Приглашаем стать партнерами выпуска актуальных и популярных книг. О вашей компании узнает наиболее активная аудитория.

ПАРТНЕРСКИЕ ОПЦИИ:

- Специальный тираж уже существующих книг с логотипом вашей компании.
- Размещение логотипа на супер-обложке для малых тиражей (от 30 штук).
- Поддержка выхода новинки, которая ранее не была доступна читателям (50 книг в подарок).

ПАРТНЕРСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ:

- Рекламная полоса о вашей компании внутри книги.
- Вступительное слово в книге от первых лиц компании-партнера.
- Обращение первых лиц на суперобложке.
- Отзыв на обороте обложки
вложение информационных материалов о вашей компании (закладки, листовки, мини-буклеты).



У вас есть возможность обсудить свои пожелания с менеджерами корпоративных продаж. Как?

Звоните:

+7 495 411 68 59, доб. 2261

Заходите на сайт:

eksmo.ru/b2b

